Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

STAN LEKARSKI

W CZASACH OBECNYCH POD WZGLĘDEM LICZBOWYM i EKONOMICZNYM

PRZYSZŁOŚĆ STANU LEKARSKIEGO W POLSCE

Z 53 GRAFIKONAMI
I TABLICAMI
STATYSTYCZNEMI
I 1 MAPĄ BARWNĄ

LWÓW 1928 — NAKŁADEM AUTORA
Z DRUKARNI I LITOGRAFJI PILLER-NEUMANNA WE LWOWIE

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI

STAN LEKARSKI

W CZASACH OBECNYCH POD WZGLĘDEM LICZBOWYM i EKONOMICZNYM

PRZYSZŁOŚĆ STANU LEKARSKIEGO W POLSCE

Z 53 GRAFIKONAMI
I TABLICAMI
STATYSTYCZNEMI
I 1 MAPĄ BARWNĄ

LWÓW 1928 — NAKŁADEM AUTORA
Z DRUKARNI I LITOGRAFJI PILLER-NEUMANNA WE LWOWIE

TREŚĆ

STAN LEKARSKI W CZASACH OBECNYCH POD WZGLĘDEM LICZBOWYM I EKONOMICZNYM.

Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce [1]).

podał

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI — Lwów.

I.

Czasy, w których stan lekarski należał do warstw najlepiej, lub tylko dobrze sytuowanych, minęły; wśród szerokich warstw społecznych, a nawet urzędów podatkowych istnieje wprawdzie dziś jeszcze mniemanie, że zawód lekarza jest zawodem wolnym, niezależnym, że lekarz już po kilku latach praktyki posiada znacznie większe dochody, aniżeli kolega jego z ław szkolnych, urzędnik, że nietrudno mu zdobyć znaczenie społeczne i stosunki towarzyskie, ułatwiające mu życie. Dlatego setki kandydatów zgłaszają się na studja, a rozczarowanie jest wielkie, gdy uniwersytety nasze z wielu zgłaszających się zaledwie 39% przyjmują na studja lekarskie.

Minęły one czasy, w których lekarz cieszył się wielkim szacunkiem wśród swych obywateli, w miastach prowincjonalnych należał do grupy nielicznej inteligencji, był człowiekiem niezależnym, nie potrzebował się ubiegać o różne względy, mógł dzięki swemu stanowisku i warunkom materjalnym nietylko słowem ale i pomocą finansową popierać sprawy społeczne, ubogim nieść pomoc bezpłatną, niezamożnym dawać daleko idące ulgi, a — darząc zdrowiem chorych — zaskarbiać sobie wdzięczność i szacunek. — Dziś lekarz w ciężkiej walce o byt, zdegradowany przez

---

[1]) Przy wykonaniu powyższej pracy korzystałem z wydatnej pomocy mojej asystentki, p. dr. Władysławy Skuteckiej, szczególnie przy obliczaniach, zawartych w tablicach.

Referat powyższy wygłoszony był w skróceniu na walnem zgromadzeniu Lekarzy Państwa Polskiego w Krakowie d. 18. grudnia 1927 r., w formie obszerniejszej na nadzwyczajnych zebraniach, urządzonych przez Tow. lekarskie lwowskie, Oddział lwowski, Związku Lekarzy P. P. i Związek Lekarzy kolejowych we Lwowie d. 28 stycznia i 4 lutego 1928 roku.

utratę swej podstawy materjalnej, nie może przyznać się przed swym współobywatelem do ciężkich swoich warunków materjalnych, wycofuje się z życia towarzyskiego i społecznego, w koledze swoim przestaje widzieć towarzysza pracy, a patrzy na niego raczej jako na konkurenta, który mu odbiera chleb i nieraz gotów jest poniżej istniejącej taryfy ofiarować swe usługi, by tylko zdobyć te środki, które mu są konieczne do wyżywienia rodziny. A przecież wkłada lekarz, wykształcony w czasach ostatnich, znacznie więcej energji w swe studja, niż lekarz z przed lat czterdziestu; znacznie większych ofiar wymaga studjum ze strony rodziców studenta i społeczeństwa, by mógł on zdobyć nareszcie po sześcioletnich studjach dyplom doktora medycyny. Wkłada on wielki kapitał, który powinien mu się amortyzować w ciągu jego praktyki, wstępuje pełen nadziei w życie a już na wstępie czeka go wielkie rozczarowanie. Nielicznym tylko jest dane wybić się ponad innych dzięki swym wielkim zdolnościom i szczęśliwej konjunkturze.

Że tak jest, postaram się udowodnić.

Tablica 1.

Wzrost drożyzny: Wskaźnik cen i kosztów utrzymania [2]).
(Rok 1914 = 100).

Rok	Wskaźnik		Wskaźniki kosztów żywności	
	Cen hurtownych	Kosztów Utrzymania	W Warszawie	W Polsce
1914	100	100	100	100
1922	72·5	.	.	.
1923	85·4	.	.	.
I 1924	106·9	120·5	165·1	134·4
I 1925	119·0	150·0	175·4	159·9
I 1926	142·1	170·0	191·1	174·0
X 1926	177·2	190·4	231·6	208·1

W czasach powojennych wzrosła drożyzna; ochrona lokatorów uniemożliwiła młodemu lekarzowi zdobycie w normalny sposób mieszkania; kredyt potrzebny do ukończenia studjów i urządzenia ordynacji lekarskiej i założenie ogniska domowego stał się bardzo trudny; wszyscy obywatele Państwa zubożeli; warstwy, od których dawniej pochodził główny dochód lekarza,

---

[2]) Wąsowicz, Zierhoffer: Polska w cyfrach 1927. Tabl. 111.

należą do Kasy chorych, w wielkich miastach jest 50—70% ubezpieczonych w Kasie chorych. Tam, gdzie procent ubezpieczonych jest niski, brak jest przemysłu, niema dobrobytu obywateli, tam ludność tylko w małej mierze korzysta z pomocy lekarskiej, a lekarz zawezwany jest tylko wówczas, gdy życie jest zagrożone albo gdy już pomóc nie może.

Ile powinien lekarz zarabiać?

Zapytajmy się nasamprzód, ile powinien lekarz zarabiać, ażeby móc wyżywić i utrzymać swoją rodzinę. Odpowiedź na to pytanie daje nam tablica 2. i 3.

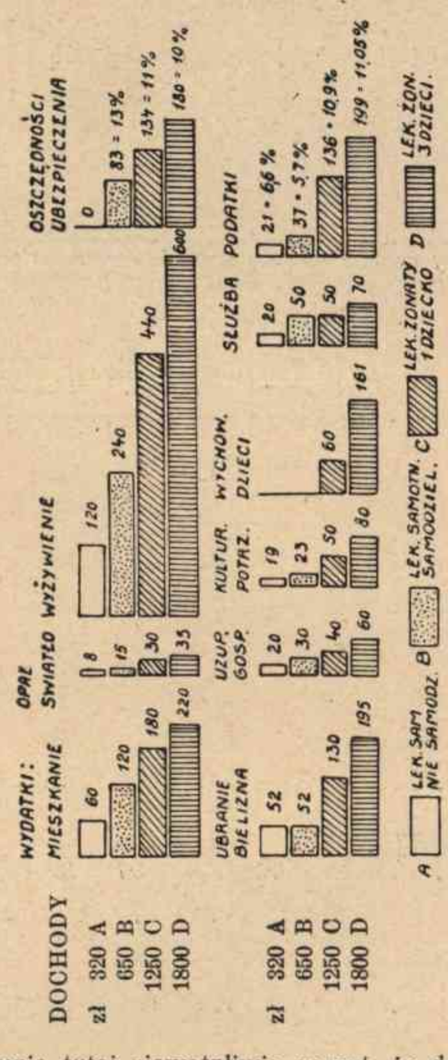
Tablica 2.

Minimalny dochód lekarza powinien wynosić miesięcznie:

	Grupa: A samotny niesamodz.	B samotny, samodzielny i 1 służ.	C żonaty i 1 dziecko	D żonaty i 3 dzieci
mieszkanie	60	120	180	220
opał, światło	8	15	30	35
wyżywienie	120	240	440	600
ubranie i bielizna .	52	52	130	195
uzupełn. gosp. . . .	20	30	40	60
kulturalne potrzeby	19	23	50	80
wychowanie dzieci .	—	—	60	161
pensja służby . . .	20	50	50	70
podatki (dochodow., obrot., mieszkan., komunalny . . .	21 = 6·6%	37 = 5·7%	136 = 10·9%	199 = 11·05%
	320 zł.	577 zł.	1116 zł.	1550 zł.
10—13% oszczędności ubezp. na życie etc.	0	83 (13%)	134 (11%)	180 (10%)
powinien mieć dochód miesięcznie .	*320* zł	*650* zł	*1250* zł	*1800* zł
Na stu lekarzy powinno posiadać doch. powyższe .	15%	15%	30%	40%

Z tablicy 3. wynika, że lekarz po ukończeniu studjów, zanim osiądzie jako lekarz samodzielny, powinien posiadać 320 zł miesięcznie, następnie jako lekarz początkujący samodzielny 650 zł, jako lekarz żonaty z małą rodziną (1 dziecko) 1250 zł, jako lekarz z większą rodziną (trojgiem dzieci) 1.800 zł.

Tablica 3. Budżet wydatków miesięcznych.



Spotka mnie tutaj niewątpliwie zarzut, że dochód lekarza początkującego (t. j. dla grupy B) obliczyłem za wysoko, licząc jego dochody aż na 650 zł, zrównując go mniejwięcej z urzędnikiem V. stopnia służbowego. Przecież urzędnik przeciętny, mający nieraz wielką rodzinę, nie dochodzi do tych dochodów a co dopiero, jeżeli mowa o dochodach lekarza grupy C lub D, t. j.

Tablica 3 a.
Porównanie dochodów lekarzy z innemi zawodami. (rok 1928) [1])

Grupa dochodowa	Dochód miesięczny Złotych	Śródmieście Lwów: Na 38 lekarzy	Śródmieście Lwów: Na 62 adwokatów	Śródmieście Lwów: Na 5 notarjuszy	Jeden Bank lwowski	Jedna firma Naftowa	Jedna Firma Galant. Lwów	Wojsko	Urzęd. i Uniwersytet
A	166	2	1						
	260						1 służ.	p. por.	VIII st. asyst.
	300		1		14				adjunkt
	333	12						poruczn.	
B	500		20				5 pomoc.	p. pułk.	
	600				4				V prof. nadzw.
	666	15						pułk.	
C	755								prof. zw.
	800						1 kasjerka.		
	850		18		prok.		4 pomoc		
	900						9 subj.	jenerał	
	1000	4				urzędn.	1 subj.		
	1200				2 zast. dyr.				
	1250	2	8						
D	1660	2	10						
	1800					1			
	2000		3				1 kier.		
	2400					2			
	3000	1				6			
	3540		1			1 dyr.			
	4800				1 dyr.				
	5700			1					
	5420			1					
	6230			1					
	Osób	38	63		23				

[1]) »Niedyskrecja o zarobkach poszczególnych zawodów«. Słowo Polskie, 1928, nr. 100 — 12 IV 28.

lekarza posiadającego większą rodzinę. A jednak te dochody nie są zbyt wygórowane. — Jeżeli w Państwie Polskiem nie uzyskuje urzędnik potrzebnych dochodów na wyżywienie większej rodziny, to nie wynika stąd, że jego pobory są dostateczne. Czy można uważać stosunki za zdrowe w państwie, jeżeli urzędnik wyższy o tytule radcy musi mieszkać w 2 lub 3 pokojach nieraz nawet podwórzowych, że żona jego obywać się musi nieraz bez stałej służącej, lub że urzędnik ten wyższy musi kłopotać się we dnie i w nocy, czy może dać synowi swemu wykształcenie takie, jakie sam odebrał.

(Porównanie ze stosunkami przedwojennemi w Niemczech zawierają dopiski: Nr. 1 na str. 53).

Poziom ogólny społeczeństwa podupadł. Człowiek bez kwalifikacji naukowych, rzemieślnik lub kupiec ma się znacznie lepiej aniżeli człowiek z akademickiem wykształceniem, a służba domowa i robotnik lepiej aniżeli urzędnik niższy. (Tabl. 3 a).

Czy należy wobec tego do tego niskiego poziomu ściągnąć i stan wolny lekarski?

Lekarz początkujący winien zaoszczędzić 13% dochodu, ażeby móc stworzyć sobie ognisko domowe i założyć rodzinę; mając zaś rodzinę, musi jej byt zapewnić na wypadek swej niezdolności do pracy, bo o tem nie pomyśli żadne zabezpieczenie społeczne, musi się więc zabezpieczyć na wypadek śmierci i od wypadku, odłożyć cośkolwiek na wychowanie swych dzieci, gdy dojdą do lat, gdy wydatki bieżące połączone z wychowaniem dzieci nie będą już mogły być pokrywane z dochodów bieżących.

Z ogółu lekarzy powinno posiadać 15% dochód 250—300 zł mies. (lekarze w pierwsze dwa lata po uzyskaniu dyplomu), 15% 300—600 zł. mies. (lekarze samodzielni, samotni, początkujący przez następne 2 lata), 30% lekarzy 650—1250 zł (lekarze z małą rodziną), 1200—1800 zł i powyżej; lekarze z większą rodziną 40%.

Lekarze zależni.

Na **8.804 lekarzy** praktykujących w Polsce mamy 5.344 posad lekarzy zależnych i to zajętych jako profesorów lub asystentów Zakładów uniwersyteckich, lekarzy wojskowych, lekarzy rządowych w Urzędach Zdrowia Wojewódzkich, starostwach, magistratach; mamy lekarzy komunalnych, okręgowych, powiatowych, mamy lekarzy szkolnych, kolejowych, Kas chorych i szpitalnych.

Tablica 4., wykazuje ich stan liczbowy. Na tablicy tej podani są szacunkowo ci, którzy zajmują się praktyką prywatną, nie ordynują prywatnie, bądźto ze względu na zajmowane stanowisko, bądźteż ze względów innych, oraz ci, którzy zajmują zarazem inne stanowisko zależne równocześnie.

Mamy zatem w Polsce około 62% lekarzy zależnych, z których to 23% wyłącznie zajmuje

jedno stanowisko — nie zajmują się praktyką prywatną (są to przeważnie lekarze wojskowi), 70% uprawia poza zajęciem głównem praktykę prywatną, a 31% zajmuje jeszcze stanowisko drugie zależne, zajmując się równocześnie nieraz praktyką prywatną, czerpie więc dochody z trzech źródeł.

Jakkolwiek więc stanowisk urzędowych, wzgl. zależnych jest aż 5344 w Polsce, dochody z tego źródła nie wystarczają do utrzymania się i lekarze są zmuszeni do szukania drugiego lub nawet trzeciego źródła dochodów.

Tablica 5., wykazuje nam dochody miesięczne z poszczególnych źródeł dochodów ze stanowisk zależnych, a **tablica 6.** graficznie liczbę zajętych lekarzy na poszczególnych stanowiskach jako też ich pobory.

Tablica 4. [1])

	Ogółem	Zajmuje się pozatem praktyką pryw. ca.	Nie prakt. prywatnie	Będących zarazem lekarzami szkoln.	kas Chor.	szpit.
Wydziały Lekarskie Uniw. pol. (profesorowie + siły pomocn.	577	170	407	—	10	250
Lekarzy wojskowych	669	60	609	—	—	—
Lekarzy rządowych	274	250	24	30	60	40
Lekarzy szkolnych	253	100	—	—	100	40
Lekarzy kolejowych	501	480	20	—	—	500
Lekarzy Kas Chorych ca . . .	1623	1440	150	100		
Lekarzy szpitalnych ca . . .	1447	1240	20	20	500	
	5344	3740	0230	150	670	830
					1650	

Dochody lekarzy.

Dochody z praktyki prywatnej można obliczyć na podstawie zeznań do podatku dochodowego (Tabl. 7.) wzgl. na podstawie dochodów z praktyki prywatnej, szacowanych przez Komisje szacunkowe (Tabl. 8.).

Informacje co do dochodów z praktyki prywatnej udało mi się pozyskać na podstawie zeznawanych i szacowanych przez Komisje dochodów dla opłaconego podatku dochodowego z uwzględnieniem wyłącznie praktyki prywatnej dla 1612 lekarzy z różnych województw, co oznacza przeszło 18% ogółu lekarzy czyli blisko $^1/_5$ ogółu lekarzy. Na podstawie tegoż materjału obliczyłem

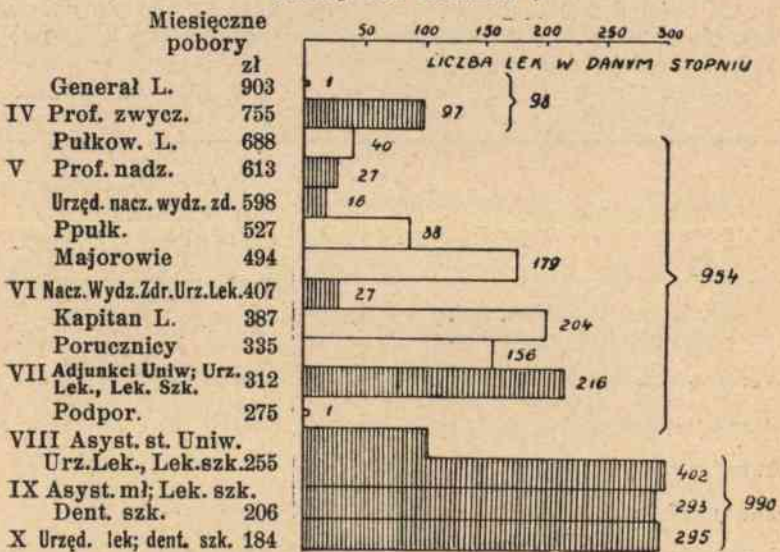
[1]) Rozdział na poszczególne grupy zajęć ubocznych zrobiono szacunkowo.

dochody lekarzy całej Polski, czerpiących swe dochody wyłącznie z praktyki prywatnej. Przy obliczeniu podzieliłem lekarzy na 3 grupy: lekarzy praktykujących w Warszawie, w innych wielkich miastach uniwersyteckich oraz w mieście Łodzi, a w końcu lekarzy praktykujących w miastach prowincjonalnych i w powiatach, przyczem podzieliłem ich na 25 grup dochodowych, które zestawiłem w **tablicy 7—9.**

Tablica 6.

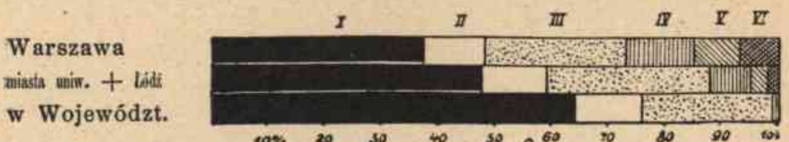
Lekarze pobierający pobory ze Skarbu Państwa.

Pobory bez dodatków [1])



[1]) W prostokątach niecieniowanych: Lekarze wojskowi.

Tablica 11. Dochody z praktyki prywatnej na podstawie zeznań.



Jak wynika z tabl. 4. i odnośnego grafikonu **(Tabl. 11.)** nie można wziąć za podstawę **zeznawanych dochodów**, gdyż podawane dochody są w wielu wypadkach za niskie; w wojewódz-

twach zeznało bowiem 64% lekarzy dochód do 250 zł mies., w Warszawie 38%, w miastach uniwersyteckich 48%. — Dochód 250—300 zł mies. w miastach wojewódzkich 11%, w Warszawie 10%, w miastach uniwersyteckich 12%.

Według tych danych miałoby dochód do 300 zł miesięcznie w miastach wojewódzkich 75%, w Warszawie 48%, w miastach uniwersyteckich i m. Łodzi 59%. Dochód ten nie wystarcza na utrzymanie nawet małej rodziny. Nawet jeżeli weźmiemy pod uwagę, że około 70% ma jeszcze dochody z drugiego źródła ze stanowiska zależnego (cf. tabl. 4.), to dochody razem z dwóch źródeł wziąwszy będą tak niskie, że trudno uwierzyć, ażeby zeznawane dochody przez przeszło połowę ogółu lekarskiego do podatku dochodowego z praktyki prywatnej odpowiadały stanowi faktycznemu.

Dlatego też wzięliśmy za podstawę dalszych rozważań dochody z praktyki prywatnej szacowane przez Komisje szacunkowe, będące znacznie większemi, aniżeli zeznawane. Niewątpliwie i te dane nie będą odpowiadały stanowi faktycznemu, gdyż znaną jest rzeczą, że w wielu przypadkach Komisje szacunkowe szacują dochody lekarzy wyżej, aniżeli są one istotnie. Pomimo tego należy przypuszczać, że szacowane dochody zbliżają się bardziej do stanu faktycznego aniżeli dochody zeznawane.

Z **tablicy 8.** widzimy, że dochód wyłącznie z praktyki prywatnej poniżej 200 zł miesięcznie ma w Warszawie 18% lekarzy, w wielkich miastach uniwersyteckich oraz Łodzi 26%, a więc powyżej 1/4 lekarzy, na prowincji tylko (prócz wyżej wymienionych miast) 23%.

Najniższe dochody z praktyki prywatnej dla tej grupy mają więc lekarze miast uniwersyteckich wykazujących największe skupienie lekarzy, lepiej zaś stoją lekarze prowincjonalni.

Od 300—400 zł. miesięcznie zarabia w Warszawie wyłącznie z praktyki prywatnej 17% lekarzy, w wielkich miastach uniwersyteckich i Łodzi 23%, w miastach prowincjonalnych 35,5%

Od 500—800 zł. miesięcznie zarabia w Warszawie 31%, w miastach uniwersyteckich i Łodzi 23%, na prowincji 25,5%.

Do dobrze sytuowanych lekarzy, czerpiących swe dochody z ordynacji prywatnej należy już niewielu mając dochód

od 800—1.200 zł. miesięcznie w Warszawie 9,5%, w miastach uniwersyteckich i Łodzi 13%, na prowincji 3,5%

od 1.200—1.800 zł. w Warszawie 13%, w miastach uniwersyteckich i Łodzi 3,2%, na prowincji 0,93%. Na tem się kończą dochody lekarzy prowincjonalnych.

Wyjątkowo wysokie dochody osiąga od 1.800 do 2.500 zł. w Warszawie 4%, w miastach uniwersyteckich 1,5%.

Od 2.500—4.000 zł. miesięcznie — 4,7% w Warszawie, w miastach uniwersyteckich 0,3%.

Wymienić jeszcze należy wybrańców losu, t. j. jednego lekarza w Warszawie, który uzyskał miesięczny dochód w wysokości 7.000 zł., i jednego z 10.000 zł. miesięcznego dochodu.

Powyższe zestawienie *wymaga jednak korekty*, jeżeli się weźmie pod uwagę, że mamy 5.344 stanowisk lekarzy zależnych. 70% lekarzy na tychże stanowiskach zajmuje się praktyką prywatną, 31% zajmuje również drugie względnie trzecie stanowisko zależne, a 14% niema praktyki prywatnej.

Znając dochody ogólne lekarzy zależnych przeprowadziłem poprawkę powyższego zestawienia, przedstawiającego dochody wyłącznie z praktyki prywatnej.

Chcąc uwzględnić dochody uzyskane ze stanowisk zależnych należało pewne grupy dochodów przesunąć wzwyż dla 3.740 lekarzy, zajmujących się praktyką prywatną (cf. **tabl. 4**) t. j. dla 34% ogółu lekarzy i uwzględnić jeszcze dochody 1.230 lekarzy zależnych a nie praktykujących (t. j. 14% ogółu lekarzy), przyczem brałem za podstawę dochody otrzymywane na danych stanowiskach według skali podanej w tablicy 5. Otrzymałem w ten sposób **tabl. 9**, w której zostały zarazem uwzględnione różnice zasadnicze zachodzące między Warszawą, wielkiemi miastami uniwersyteckiemi (i. m. Łodzią) oraz i prowincją.

Dzięki dochodowi stałemu z zajmowanego urzędowego stanowiska, względnie zależnego, skala ogólna dochodów się poprawiła znacznie; maleją najniższe cyfry dochodów, rośnie średnia od 300—800—1.200 zł. miesięcznie, grupy zaś powyżej 1.200 pozostają jednak prawie bez zmiany; lekarze bowiem będący w grupach o wysokich dochodach nie ubiegają się wcale o stanowiska stałe.

Poglądowy obraz uzyskujemy z grafikonu **w tablicy 12**, w której 25 grup ściągniętych zostało do grup sześciu.

Grupa I. lekarzy o najniższych dochodach — do 250 zł.
„ II. od 250—300 zł.
„ III. od 300—700 „
„ IV. od 700—1.2000 zł.
„ V. od 1.200—1.800 zł.
„ VI. z dochodami powyżej 1.800 zł.

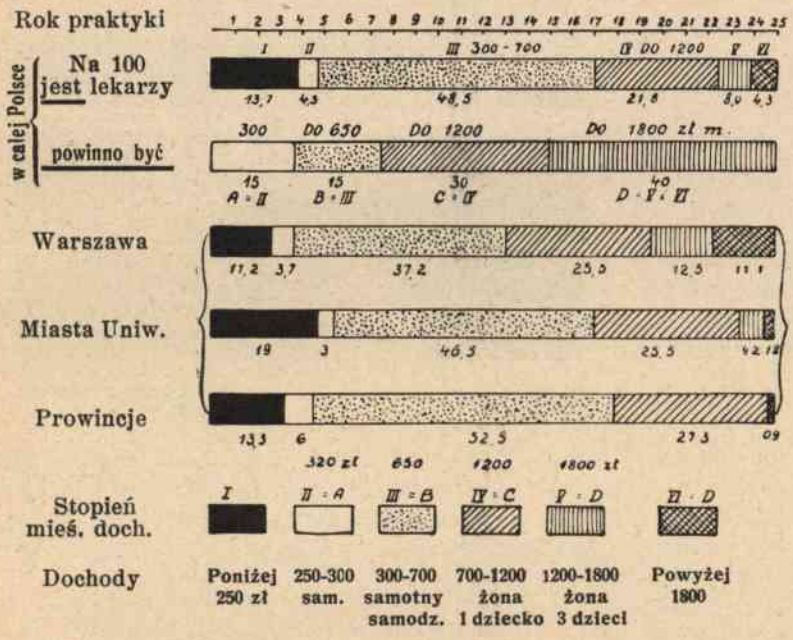
Do grupy I. — najbiedniejszych lekarzy — należy 19% ogółu lekarzy miast wielkich uniwersyteckich i m. Łodzi, 11,2% miasta Warszawy, 13,3% lekarzy prowincjonalnych;

do grupy II. — (250—300 zł. mies.): 6% prowincjonalnych, 3,7% lekarzy m. Warszawy, 3% miast uniwersyteckich i m. Łodzi;

do grupy III. (300—700 zł.): 52,5% lekarzy prowincjonalnych, 46,5% lekarzy miast uniwersyteckich i m. Łodzi, 37.2% Warszawy;

do grupy IV. (700—1.200 zł. mies.): 27,3% lekarzy prowincjonalnych, 25,5% lekarzy miast uniwersyteckich i m. Łodzi, 25,5% miasta st. Warszawy;

Tablica 12. Ogólne dochody lekarzy.



do grupy V. (1.200—1.800 zł. mies.): 0,9% lekarzy prowincjonalnych, 12,5% lekarzy miasta st. Warszawy, 4,2% lekarzy innych miast uniwersyteckich i m. Łodzi;

do grupy VI. (ponad 1.800 zł. mies.): 11,1% lekarzy Warszawy i 1,8% lekarzy innych miast uniwersyteckich i m. Łodzi.

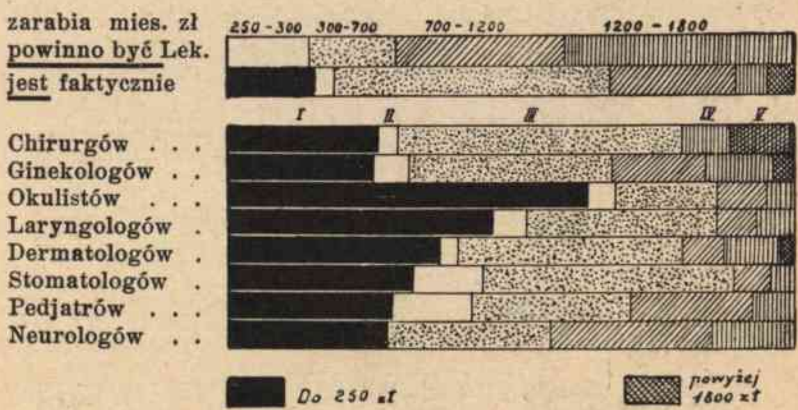
Wynika stąd, że jeżeli chodzi o średnie dochody, najlepiej wiedzie się lekarzom, mieszkającym na prowincji, największy odsetek zaś najbiedniejszych lekarzy spotykamy w wielkich centrach naukowych, a za to tam spotykamy i najwyższe skale dochodów — wprawdzie tylko u nielicznych.

Dochody lekarzy specjalistów.

Różnice dochodów zachodzą pozatem między tymi lekarzami, którzy zajmują się ogólną praktyką a między specjalistami. Naogół wyższe dochody wykazują specjaliści, aniżeli lekarze ogólno praktykujący, natomiast wykazują też największą liczbę w grupach dochodowych najniższych. Wprawdzie najwyższą skalę dochodów 10.000 zł. miesięcznie nie uzyskał specjalista, tylko lekarz praktykujący we wszystkich gałęziach medycyny. (Tabl. 9 i 10).

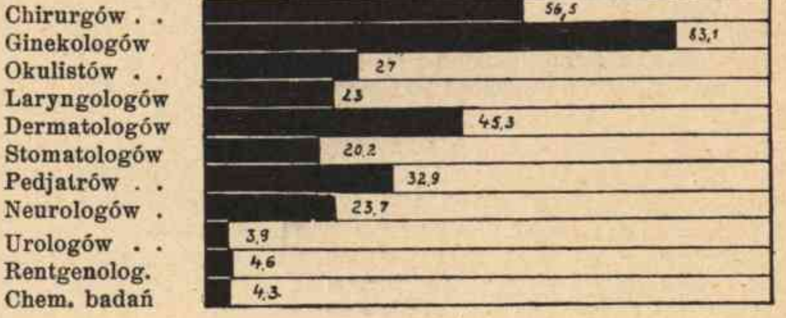
Tablica 13. Pogląd na Dochody Specjalistów.

W Grupie A (15%) B (15%) C (30%) D (40%)



Dochody specjalistów wykazuje poglądowo **tablica 13**, z której wynika, że najwyższe dochody między specjalistami osiągają chirurgowie, ginekologowie, dermatologowie, neurologowie i pedjatrzy, najniższą skalę dochodów okuliści, laryngologowie i stomatologowie.

Tablica 14.



Liczbę lekarzy specjalistów oraz stosunek ich procentowy do lekarzy zajmujących się ogólną praktyką przedstawia **tablica 14, 16 i 17.**

Dla porównania podajemy dochody przedwojenne lekarzy niemieckich w dopiskach przy końcu pracy pod 1).

Faktyczne dochody lekarzy a skale idealne dochodów (Tabl. 12).

Porównajmy teraz skalę idealną t. j. dochodową, którą powinni uzyskać lekarze, z rzędem poniżej, przedstawiającym dochody ogółu lekarzy w Polsce. Widzimy, że 13,7% nie uzyskuje nawet najniższych dochodów, czyli, że skazani są na pomoc ze strony swych rodzin lub na zaciąganie pożyczek, a zaledwie 4,3% osiąga najniższą skalę dochodów; 48,5% (grupa III.) osiąga dochody 300—700 zł. a przecież do grupy tej należeć powinni lekarze mający już żonę i 1 dziecko a nieraz i więcej dzieci, 21,8% należy do grupy IV, uzyskując dochód 700 zł. i powyżej, a tylko 4,3% ma dochód wyższy. Gdyby wzgląd na dochody miał decydować o tworzeniu wielkiej rodziny, to tylko 1/4 ogółu lekarzy mogłaby o tem pomyśleć.

Najgorsze warunki egzystencji są dla lekarzy w miastach uniwersyteckich; w pierwszych latach byt się poprawia szybciej u lekarzy prowincjonalnych, a następnie dopiero w wielkich centrach.

Skalę przedstawioną w tablicy 12. możemy zastosować do życia lekarza, jeżeli wyjdziemy z założenia, że byt powinien się w normalnych warunkach i przy ciągłem dążeniu do poprawy bytu poprawiać ewolucyjnie.

Przeciętnie praktykuje lekarz 25 lat, na 100 lekarzy wymiera bowiem $3\frac{1}{2}$—4% rocznie, w następstwie tego może się 4 lekarzy posunąć wyżej o jeden szczebel. Możemy wobec tego przyjąć, że pasek ze skalą dochodów w tablicy 12 możemy podzielić na 25 lat praktyki lekarskiej, czyli, że 4 mm będą odpowiadały 1 roku życia lekarza.

Z tego wynikałoby, że w pierwszych 3 latach dochodzi do 250 zł. miesięcznego dochodu, w czwartym do 300 zł.; w czasie od 5-tego do 17-tego roku praktyki powiększa się dochód do 700 zł. miesięcznie, a dopiero w latach następnych dochodzi do 700—1.200 zł. Zaledwie 12% ogółu lekarzy powodzi się lepiej czyli, że uzyskuje dochód 1.200—1.300 zł. i powyżej.

Szybkość rozwoju warunków egzystencji w różnych środowiskach można analogicznie odczytać z grafikonu w tablicy 12.

Otrzymawszy wgląd w warunki bytu lekarzy w całej Polsce, stwierdzić możemy, że lekarze doby obecnej w jakie 3 lata po otrzymaniu dyplomu, uzyskują minimum egzystencji dla samotnego lekarza zależnego, w następnych 3 latach dochodzą do warunków, umożliwiających im założenie rodziny, jeżeli wyjątkowe okoliczności dozwolą im uzyskać mieszkanie wobec istniejącej ustawy o ochronie lokatorów.

Stan ekonomiczny obecny pozwala tylko bardzo małej liczbie lekarzy na utworzenie rodziny większej (żona i troje dzieci), jeżeli lekarz nie chce obniżać stopy życia. Możemy z takiego stanu rzeczy wyciągnąć wniosek, że obecne warunki egzystencji dla lekarzy samotnych i z małą rodziną są jeszcze możliwe, jakkolwiek nie najlepsze, ale mogą ulec zmianom na gorsze, skoro tylko liczba lekarzy wzrośnie a nie poprawią się warunki dla lekarzy zależnych.

Z tem bowiem musimy się liczyć, że społeczne zabezpieczenie istnieje i że należy je dla warstw społecznych niższych i niezamożnych uważać za ważną zdobycz, *trzeba tylko wynikające z tego skutki dla stanu materjalnego lekarza poprawić, ażeby zabezpieczyć lekarzowi warunki możliwej egzystencji.*

II.

Stosunek liczby lekarzy do liczby mieszkańców.

Dotychczasowej mej argumentacji, opierającej się na założeniu, że dochody lekarzy są wykładnikiem potrzeby lekarzy można uczynić zarzut, że założenie to jest zbyt jednostronne, uwzględnia bowiem tylko egzystencję lekarza a nie liczy się z potrzebami ludności.

Przecież zawsze podkreślano, że należy obliczać zapotrzebowanie lekarzy w stosunku do liczby ludności.

Przecież

w Niemczech (w r. 1924/25)	przypadał	1 lekarz	na	1500	mieszk.
w Szwecji (r. 1922)	„	„	„	1300	„
w Szwajcarji (r. 1923)	„	„	„	1290	„
w Anglji (r. 1922)	„	„	„	1000	„
w Japonji (1924)	„	„	„	794	„

a od tego czasu produkcja lekarzy w tych krajach zapewne nie zmalała, tylko raczej znacznie wzrosła.

U nas zaś w *Polsce* przypadał

w r. 1921 1 lekarz na 5400 mieszkańców
w r. 1927 1 lekarz na 3320 mieszkańców

Dlaczego stosunek liczby lekarzy do liczby mieszkańców powinien być w Polsce inny aniżeli w innych krajach, sprawę tę wyjaśniłem już w r. 1923 w pracy swej: „Czy i jak należy przeciwdziałać nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce“ i oznaczyłem stosunek: 1 lekarz na 3500 mieszkańców za odpowiedni; normę tę podałem w czasie, gdy system ubezpieczenia społecznego nie był jeszcze tak dalece rozwinięty jak dzisiaj, gdy w mieście Lwowie n. p. 55% ludności jest w Kasach chorych — na Śląsku i w innych centrach przemysłowych przekracza 65% ogółu ludności, tak samo w wielkich miastach, a sieć Kas cho-

rych na prowincji obejmuje 20—40% ludności. Tylko we wschodnich strefach Polski, gdzie do niedawna jeszcze ludność rolna nie była ubezpieczona, warunki były odmienne.

(Do rozdziału tego przeczytaj należące dopiski na str. 54—57).

Lekarze w wielkich miastach.

W skupieniach wielkich ludności w wielkich miastach mamy dziś olbrzymią liczbę lekarzy. **Tabl. 16.** Tak przypada

we Lwowie	1 lekarz na	**324**	mieszkańców
w Krakowie	1 „ „	**375**	„
w Warszawie	1 „ „	**443**	„
w Poznaniu	1 „ „	1000	„
w Łodzi	1 „ „	1260	„
w Katowicach	1 „ „	1600	„

Dla porównania podaję stosunek liczby lekarzy do liczby mieszkańców w kilku wielkich miastach niemieckich.

rok 1903 *)

Charlottenburg	1 lekarz na	373	mieszkańców
Monachjum	1 „ „	597	„
Królewiec	1 „ „	651	„
Berlin	1 „ „	734	„
Wrocław	1 „ „	738	„
Halle	1 „ „	764	„
Poznań	1 „ „	830	„
Gdańsk	1 „ „	868	„
Drezno	1 „ „	952	„
Lipsk	1 „ „	1027	„
Szczecin	1 „ „	1139	„
Chemnitz	1 „ „	1591	„
Dortmund	1 „ „	1604	„

Rozmieszczenie lekarzy w Województwach.

Rozmieszczenie lekarzy w Województwach poszczególnych przedstawia **tablica 17 i 18.** Możemy więc powiedzieć, że już obecnie posiadamy więcej lekarzy, aniżeli kraj potrzebuje.

Najmniej zaopatrzone w lekarzy jest

Woj. Nowogrodzkie, w którem przypada 1 lekarz na 7000 mieszk.
Woj. Wołyńskie, „ „ 1 lekarz na 6800 mieszk.

Mimo to w Województwie Nowogrodzkiem są najlepsze warunki zdrowotne i najdłuższa długowieczność mieszkańców w stosunku do innych ziem Polski, coby nie przemawiało za tak wielką potrzebą lekarzy. (zob. Dopiski nr. 3, Tabl. 36).

---

*) Rabe: „Aerztliche Wirtschaftskunde" 1907.

Należy przytem wziąć pod uwagę, że prócz lekarzy praktykuje w byłej dzielnicy rosyjskiej obok 5000 lekarzy jeszcze **2357 felczerów**, wprawdzie w mniej szerokim zakresie, gdyż czynności ich zostały ustawowo unormowane. Tak długo, aż generacja felczerów nie wymrze, tak długo zakres działania lekarzy tamże się nie powiększy.

Jaka więc będzie przyszłość lekarzy i co należy czynić, ażeby ta przyszłość była raczej lepsza, aniżeli stan obecny?

Zanim damy odpowiedź na te dwa tak ważne pytania musimy rozejrzeć się w rozmieszczeniu lekarzy w Polsce, wytłumaczyć od jakich warunków zależy rozmieszczenie lekarzy, czy obecne rozmieszczenie jest dobre, czy liczba lekarzy wystarcza w poszczególnych województwach potrzebom ludności, a dopiero w końcu zastanowimy się nad odpowiedzią na pytanie drugie.

Tabl. 19. przedstawia nam cyfrowo ogólną liczbę mieszkańców, stosunek liczby lekarzy do liczby mieszkańców, gęstość zaludnienia na 1 km, procentowy stosunek ludności miejskiej, procentowy stosunek ubezpieczonej ludności w Kasach chorych, liczbę szpitali i liczbę łóżek.

Warunki egzystencji sprawiają, że liczba lekarzy wzrasta tam, gdzie są warunki lepsze, normuje się to zazwyczaj automatycznie z biegiem czasu.

Z porównania poszczególnych kolumn w tablicy 19 można wyciągnąć wnioski następujące:

1) Największe skupienie lekarzy jest w województwach, w których są miasta uniwersyteckie (Warszawa, Lwów, Kraków, Poznań, Wilno).

2) następnie w centrach przemysłowych Łódź, Częstochowa, Katowice, Białystok,

3) gdzie gęstość zaludnienia na 1 km^2 jest największa,

4) w tych województwach, w których stosunek ludności miejskiej do wiejskiej jest bardzo wysoki.

Dwa ostatnie czynniki schodzą się zazwyczaj ze sobą jako i liczby ubezpieczonych w Kasach chorych.

Największy wpływ na liczbę lekarzy ma gęstość zaludnienia na 1 km kwadratowy. Stwierdzić to możemy na załączonej mapie, w której gęstość zaludnienia podana jest w 5 skalach barwy czerwonej. **Tablica 18.** W słupach przedstawiona jest liczba lekarzy.

Najmniej lekarzy przypada — jak już wspomniałem — na województwo Nowogrodzkie i Wołyńskie. Co do województwa Nowogrodzkiego powołać się mogę na bardzo cenną i staranną pracę Kiezie wicza, w której autor daje doskonały szkic na rozmieszczenie i pracę lekarzy na kresach. Na 121 lekarzy mieszkało w r. 1925 80 lekarzy w miastach, a tylko 41 poza miastem. 135 osób wyliczył autor personelu uprawnionego felczerskiego i akuszerskiego. Nieuprawnionych felczerów było 360 (!).

Z pomocy w miastach korzysta ludność w obrębie 15 km; takich rejonów jest 6 w województwie Nowogrodzkiem. Na lekarza miejskiego przypada przytem 2500 ludności — natomiast na 1 lekarza wiejskiego 17.900 mieszkańców na powierzchni 500 km². — Jest tutaj wielki teren dla partaczy, niewystarcza jednak w warunkach obecnych dla lekarza żyjącego z praktyki prywatnej.

Prawdopodobnie i na Wołyniu będą warunki analogiczne; dokładniejszych danych co do tego województwa w piśmiennictwie nie znalazłem.

Powiaty w pobliżu wielkich miast uniwersyteckich wykazują przeważnie mniejszą liczbę lekarzy, gdyż ludność korzysta w szerokiej mierze ze szpitali i ambulatorjów tychże miast.

Tak przypada:

w Wojew.	Warszaw. bez Warszawy	1	lekarz	na 6000	mieszk.
„	Krak. bez Krakowa	1	„	„ 6100	„
„	Lwow. bez Lwowa	1	„	„ 5300	„
„	Poznań. bez Poznania	1	„	„ 5040	„

O liczbie lekarzy-dentystów z dyplomem niemieckim, rosyjskim i polskim w tej pracy mówić nie będę, przekraczałoby to ramy tej pracy. Stosunek lekarzy-dentystów do lekarzy można zobaczyć na mapie w tabl. 18. Szczegóły podałem w artykule: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce... i t. d." — Polska Dentystyka 1928 nr. 3/4. — Zob. także dopiski na str. 66.

Brak statystyki i wykazów, co do poszczególnych powiatów, nie dozwala na dokładniejsze scharakteryzowanie miasteczek powiatowych. Wiadomości jednak, jakie otrzymuje się od lekarzy, pracujących w tych środowiskach Małopolski, wskazują na to, że jest tam znaczna ilość lekarzy, że walka o byt i konkurencja wzajemna często wprowadza dysonanse w pożyciu koleżeńskiem, o czem świadczą osobiste zatargi, rozgrywające się nieraz w sądach Izb Lekarskich. W miasteczkach często zajmuje 1 lekarz poza praktyką prywatną kilka stanowisk zależnych, co wskazuje na to, że praktyka prywatna nie wystarcza jednemu lekarzowi, a nawet i połączenie jej z dochodami z jednego stanowiska zależnego. W miasteczkach na kresach południowo-wschodnich biorą podobno lekarze za jedną wizytę poza domem nieraz tylko 2 zł.

III.

Od jakich warunków zależny jest dobrobyt lekarzy?

Dobrobyt lekarzy zależy przedewszystkiem *od poziomu kulturalnego ludności i od jej dobrobytu.* Następnie *od liczby mieszkańców, ubezpieczonych w Kasach chorych.*

Dobrobyt ludności ocenić można z warunków mieszkaniowych. Im lepsze warunki życiowe, tem większą liczbę izb zajmuje dany obywatel. W Polsce przeważają mieszkania jedno- i dwuizbowe. Mieszkań 3 do 5 izbowych jest procentowo mniej a nieliczne są mieszkania o większej liczbie pokojów.

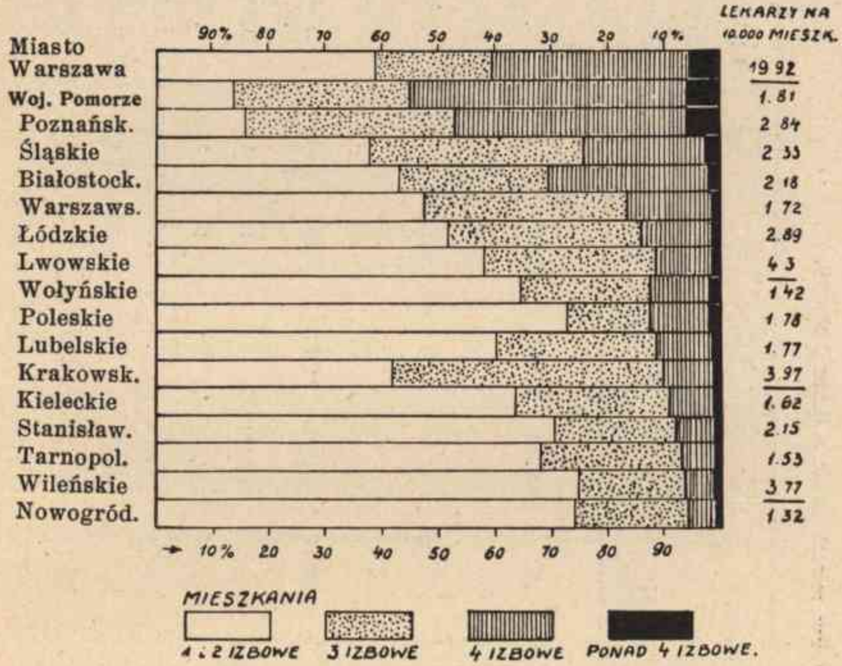
Tablica 20 przedstawia stosunki mieszkaniowe graficznie.

Uderzającem jest, że z wzrostem liczby mieszkań jedno- i dwuizbowych idzie w parze proporcjonalnie większa liczba analfabetów (Tabl. 21 a) a proporcjonalnie z większą liczbą mieszkań 3—5 izbowych wzrasta też liczba lekarzy.

W tablicy 21 a przedstawiłem jeszcze cyfrowe zniszczenie wojenne w budynkach, które także przyczynia się do zubożenia ludności. — Następnie podałem jeszcze majątek przypadający na 1 osobę i liczbę samochodów. Dwie te kolumny dają pogląd na dobrobyt mieszkańców.

Grafikon w **tablicy 20** daje też pewien obraz ludności uprawnionej do korzystania z Kas chorych. Ludność zamieszkująca 1 i 2-izbowe mieszkania jest uprawniona z małymi wyjątkami do korzystania z pomocy lekarzy Kas chorych. Tak samo i wielka część ludności zamieszkałej w 3 izbowych mieszkaniach. Dla praktyki prywatnej pozostaje tylko obecnie mały odsetek przedstawiający ludność zajmującą większe mieszkania i część ludności zajmującej 3—5 izbowe mieszkania. O ileby z ubezpieczenia społecznego wykreśleni zostali ci pracujący, którzy zarabiają powyżej 500 zł miesięcznie, wówczas nastąpiłoby przesunięcie na grafikonie (tabl. 21) ku lewej stronie na korzyść praktyki prywatnej lekarskiej, a ubezpieczenie społeczne ograniczałoby się do ludności zamieszkującej jedno- i dwuizbowe mieszkania. Wówczas to poprawiłby się byt materjalny lekarzy i zbliżył się do idealnej normy podanej w rzędzie II-gim tablicy 12.

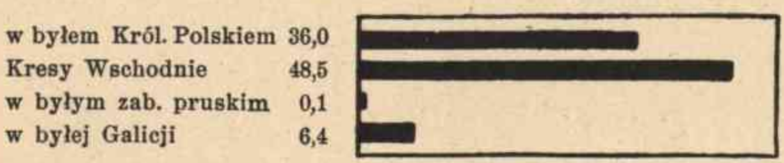
Tablica 20. Mieszkania — a stosunek Lekarzy do liczby mieszkańców.



W województwach zamieszkałych przez ludność rolną odgrywa też pewną rolę niski poziom kulturalny. Ludzie o niższym stopniu intelektualnym i kulturalnym chętniej korzystają z pomocy partaczy a przecież mamy ich — jak wynika z tego co powiedziałem o województwie Nowogrodzkiem — i w byłym zaborze rosyjskiem pod dostatkiem.

Tablica 21. Analfabeci w Polsce.

Na 100 poborowych urodzonych w r. 1900 było:



P o z i o m k u l t u r a l n y l u d n o ś c i charakteryzuje dobrze stosunek analfabetów wśród ludności **(tablica 21 i 21 a).**

Tablica 21 a. Analfabeci i Dobrobyt mieszkańców a liczba Lekarzy.

Województwa	Analfabetów było na 100 mieszkańców powyż. 10 lat	Mieszkania na 100 mieszk. ...—izbowych				Zniszczenie wojen. w budynk.	Izby Skarb.[1]) Majątek na osobę w złotych	Samochody	Na 10.000 ludności lek.	1 lekarz na tysięcy mieszk.
		1	2	3 — 5	6 i więcej					
Polska	**32,7**	**52,8**	**29,5**	**15,2**	**1,7**	**1,570.369**	**443**	**17.000**		
Miasta	*13,5*	*36,0*	*30,1*	*30,0*	*3,7*					
Wieś	*34,4*	*59,2*	*29,3*	*10,4*	*0,9*					
Województwa:										
Wileńskie	?	75,4	17,0	5,1	0,9	33.521	281	223	{ 3,9 *3,77*	{ 2.500[11]) *3.200*[12])
Nowogródzkie . .	58,3	74,3	14,3	9,0	1,0	106.434	?	68	1,32	7.000
Poleskie	71,0	73,2	13,2	11,3	1,3	129.063	161	60	1,78	5.600
Stanisławowskie .	40,4	71,4	20,9	7,0	0,6	109.571	?	208	2,15	4.650
Tarnopolskie . . .	38,7	68,5	25,0	5,9	0,5	231.501	?	54	1,53	5.070
Wołyńskie	68,0	64 9	21,8	11,5	1,3	226 427	362	730	1 42	6.800

Kieleckie	36,5	64,1	26,9	8,1	0,8	83.764	363	799	1,67	6 100
Lubelskie	35,1	60,3	28,6	10,3	0,7	174.881	435	277	1,77	5.600
Lwowskie	29,2	58,5	29,7	10,7	1,0	150.619	209	911	{ 43,0[3]) { 1,0	{ 2.300[4]) { 5.300[5])
Łódzkie	30,3	52,2	33,4	13,1	1,3	10.860	673	1.216	2,89	{ 3.450[7]) { *6.000*[6])
Warszawskie bez m. Warszawy . .	32,5	48,3	37,0	13,5	1,1	92.017	750	896[2])	1,72	6.000
Białostockie . . .	31,0	43,1	32,6	22,8	1,4	186.791	354	211	2,18	4.400[8])
Krakowskie . . .	19,4	42,0	44,1	12.7	1,1	34.920	344	1.375	*39,7*[3])	2.800[9]) *5.900*[10])
Śląskie (ciesz.) . .	2,5	37,6	34,1	25,9	2,4	—	1.322	2.346	2,33	*4.280*
Poznańskie	3,7	16,3	35,9	42,1	5,5	—	555	2.955	2,84	3.550
Pomorskie	5,1	14,4	30,8	49,0	5,5	—	441	1.345	1,81 (!)	*5.500*

[1]) Suma majątku narodowego jest wyższą od wykazanej z powodu tego, że ustawa o podatku majątkowym dotyczy tylko majątków wartości ponad 3000 zł, a nie obejmowała nieruchomości miejskich. (Według fasji do podatku majątkowego z 1 VII 1923). (Warszawa — Zierhoffer, tabl. 113).

[2]) Warszawa 4087 samochodów
[3]) Miasta uniwersyteckie wykazują większą liczbę lekarzy
[4]) z miastem Lwowem
[5]) bez miasta Lwowa
[6]) bez miasta Łodzi
[7]) z miastem Łodzią
[8]) Centrum przemysłowe
[9]) z miastem Krakowem
[10]) bez miasta Krakowa
[11]) Wojew. Wileńskie wraz z Wilnem
[12]) „ „ bez Wilna

Tablica ułożona jest w kolejności liczby mieszkań jednoizbowych.

Dochody ubezpieczonych w Kasach chorych.

Ażeby sobie móc wytworzyć pojęcie o dochodach ubezpieczonych w Kasach chorych, przyjrzyjmy się skali dochodów członków ubezpieczonych w Kasach chorych m. Warszawy w r. 1926.

Na 165.709 członków Kasy Chorych m. Warszawy zarabiało 6.896 osób powyżej 500 zł. miesięcznie, co tworzyłoby wraz z członkami rodzin 16.575 osób. Liczba zaś ogólna ubezpieczonych w Kasie Chorych m. Warszawy wynosi 314.479; wykluczyć więc należałoby z Kasy Chorych m. Warszawy 5,3% ubezpieczonych na korzyść praktyki prywatnej. (Zob. dopiski: nr. 5 na str. 60 i 61).

Tablica 22. Stosunek wydatków do dochodów w Kasach Chorych w %



[1]) Nadwyżka bilansu 9,5%.

W wielkich centrach ta grupa ubezpieczonych może stanowić ośrodek praktyki prywatnej lekarzy, tak jak to było w czasach przedwojennych. Grupa ta jako o wysokim zarobku opłaca najwyższe stawki do Kasy Chorych i może żądać dlatego też najwyższych świadczeń ze strony Kasy. Świadczenia te mogłyby się przedstawiać w ten sposób, że ubezpieczeni w Kasie Chorych otrzymują od niej ekwiwalent pieniężny zamiast przekazania do lekarza Kasy Chorych, mają jednak bezwzględnie prawo do wolnego wyboru lekarza.

Ubezpieczeni w Kasach Chorych tworzą we Lwowie 55% ludności, w Poznaniu około 50%, w Wilnie 36%, W Warszawie 34%, w m. Łodzi 30%, przyczem należy zauważyć, że prócz ubezpieczenia w miejskich Kasach Chorych istnieje jeszcze Państwowa pomoc lekarska dla urzędników, że służba kolejowa ma własnych lekarzy kolejowych, że studenci mają własną pomoc lekarską, i t. d., czyli, że faktycznie odsetek ubezpieczonej lud-

ności jest znacznie większy. Na Śląsku dochodzą jeszcze Kasy Brackie.

Nieubezpieczeni w Kasach Chorych są na razie w b. zab. rosyjskim i Małopolsce wyłącznie rolnicy, dlatego też organizacja Kas Chorych wykazuje w okolicach nieprzemysłowych najmniejszą liczbę członków. Małorolni stanowią jednak najgorszy materjał dochodowy dla praktyki lekarskiej, gdyż chętniej korzystają z pomocy felczerów i partaczy, a w ciężkich przypadkach znajdują pomoc lekarską w szpitalach.

Rozdział budżetowy dochodów Kas Chorych (zob. Dopiski: nr. 4 na str. 58. i nr. 7 na str. 63). Tabl. *22*.

Wydawaćby się mogło, że wielki odsetek składek opłacanych przez członków Kas Chorych i pracodawców, zostaje obracany na pobory lekarzy i na lecznictwo wogóle. Tak jednak nie jest, gdyż ustawa o ubezpieczeniu społecznem przewiduje zasiłki na czas choroby, połogu, pogrzebowe, a 10% oznacza z góry na fundusz zapasowy. Administracja musi być z natury rzeczy bardzo kosztowna; podczas organizacji procent z dochodów na ten cel jest bardzo znaczny, później się redukuje. Wysoki procent przypada na inwestycje i rozbudowę organizacji.

W sprawozdaniach Kas Chorych odsetek podawany na wynagrodzenie personalu leczniczego jest zazwyczaj znacznie wyższy, aniżeli faktyczne wynagrodzenie lekarzy, ponieważ dolicza się personal pomocniczy lekarski, ubezpieczenie personalu a nieraz i zwrot kosztów leczenia. Po tychże poprawkach przedstawia się wynagrodzenie lekarzy w stosunku do dochodów kilku większych Kas Chorych w sposób następujący:

Wynagrodzenie lekarzy i lekarzy-dentystów razem waha się więc między 12,3% a 18,6%. Im większe zasiłki (od 18—32%, tem niższy odsetek wypadający na wynagrodzenie lekarzy.

IV.

PRZYROST LEKARZY.

Przed wojną i do niedawna istniało fałszywe mniemanie, że lekarzy jest za mało i należy starać się o zwiększenie liczby lekarzy. Z tego też powodu starały się Wydziały Lekarskie przyjmować jak najwięcej studentów na studja lekarskie. W pierwszych latach powojennych był przypływ studentów medycyny na wszystkich latach studjów tak wielki, że Zakłady lekarskie nie mogły pomieścić studentów, starano się więc wszelkiemi siłami powiększyć rozmiary zakładów i klinik, a gdy przystępowano do budowy nowych zakładów niwersyteckich, projektowano je w tak wielkich rozmiarach, że — jak późniejsze lata okazały — w jednym zakładzie projektowanym można było pomieścić ich kilka (n. p. w anatomji uniw. Poznańskiego). Po-

mimo, że warunki w latach późniejszych się zmieniły, nie przystąpiono do rewizji planów klinik, rozpoczętych już przed kilkoma laty, a które obecnie rozmiarami swemi przekraczają rzeczywistą potrzebę.

Dlatego też starałem się *w r. 1923* przeprowadzić dowód, że niema braku lekarzy, że raczej zbliżamy się do okresu hyperprodukcji lekarzy chyżym krokiem, że należy określić istotną potrzebę lekarzy w Polsce, a w stosunku do potrzeby unormować ich przyrost, ażeby uchronić przyszłą generację od pauperyzacji [1]).

Sprawa ta stawała się tem groźniejszą, gdyż napływała nieproporcjonalnie wielka liczba nostryfikantów, nie stojąca w racjonalnym stosunku do liczby studentów, przyjmowanych na 1. rok studjów lekarskich.

Obliczyłem wówczas — nie przewidując jeszcze przytem wielkiego rozrostu Kas Chorych, i pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych — liczbę studentów, których winien każdy uniwersytet przyjmować na 1. rok studjów lekarskich, wychodząc z założenia, że 1 lekarz wystarcza w Polsce na 3.500 mieszkańców. Według tego obliczenia powinna liczba kandydatów przyjętych na 1. rok studjów lekarskich wynosić:

na uniwersytecie	Warszawskim . . .	200
„ „	Lwowskim	100
„ „	Krakowskim . . .	100
„ „	Poznańskim . . .	70
„ „	Wileńskim	30
	ogółem	500

Norma ustalona została drogą dedukacji z warunków ekonomicznych poszczególnych województw i liczby ówczesnej lekarzy, będącej wynikiem automatycznego uregulowania, które przeprowadza czas i możność egzystencji. Jak już wspomniałem, nie można ocenić zapotrzebowania lekarzy w Polsce na podstawie statystyk krajów innych, w których warunki bytu i ekonomiczne oraz stopień kulturalny ludności są zupełnie odmienne od tychże warunków w Polsce (zob. Dopiski: nr. 1 i 2).

Mniejsze zapotrzebowanie lekarzy w Polsce w porównaniu do innych krajów tłumaczy się tem, że w Polsce przeważnie mamy ludność rolniczą i że mniej ludności zamieszkuje w miastach; gęstość zaludnienia na 1 km^2 jest stosunkowo nie wielka, kulturalne potrzeby i uświadomienie większości ludności są małe, dobrobyt jest niewielki, a z ludności miejskiej wielu korzysta z pomocy Kas Chorych, które, ekonomicznie wyzyskując pracę lekarzy, dają zatrudnienie niewielom, innym zaś lekarzom ogra-

---

[1]) Cieszyński: „Czy i jak należy przeciwdziałać nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce". Pol. Gaz. lek. 1923.

niczają możność zarobku. Przy obliczeniu swojem ówczesnem uwzględniłem również ubytek lekarzy wskutek śmierci, obliczyłem szacunkowo liczbę lekarzy dla lat następnych 13, o ile Uniwersytety będą przyjmowały na pierwszy rok studjów kandydatów według z góry unormowanego „numerus clausus".

Poprzednio przyjmowano na studja lekarskie liczbę znacznie większą (n. p. w r. 1921 w Warszawie około 300, w Krakowie 120, we Lwowie 170, w Poznaniu 120, podczas gdy w r. 1921/22 wynosiła liczba nostryfikantów przy uniwersytecie lwowskim 45, krakowskim 36.

Nawoływania moje, umotywowane szeregiem tablic z wykazami przyrostu lekarzy w następnych latach odniosło pomyślny skutek. Wprowadzony już „numerus clausus" ograniczono bardziej a liczby studentów medycyny poczęły stale spadać. Widzimy to wyraźnie na tabl. 23 i 24, że liczba studentów spada z roku na rok znacznie w wielkich i starszych uniwersytetach, gdzie myślano o unormowaniu przyrostu lekarzy w miarę istniejącej potrzeby. Wzrost liczby studentów wykazują tylko uniwersytety Poznański i Wileński, będący właśnie w stadjum rozwoju a pragnące dorównać pod względem liczbowym uniwersytetom starszym.

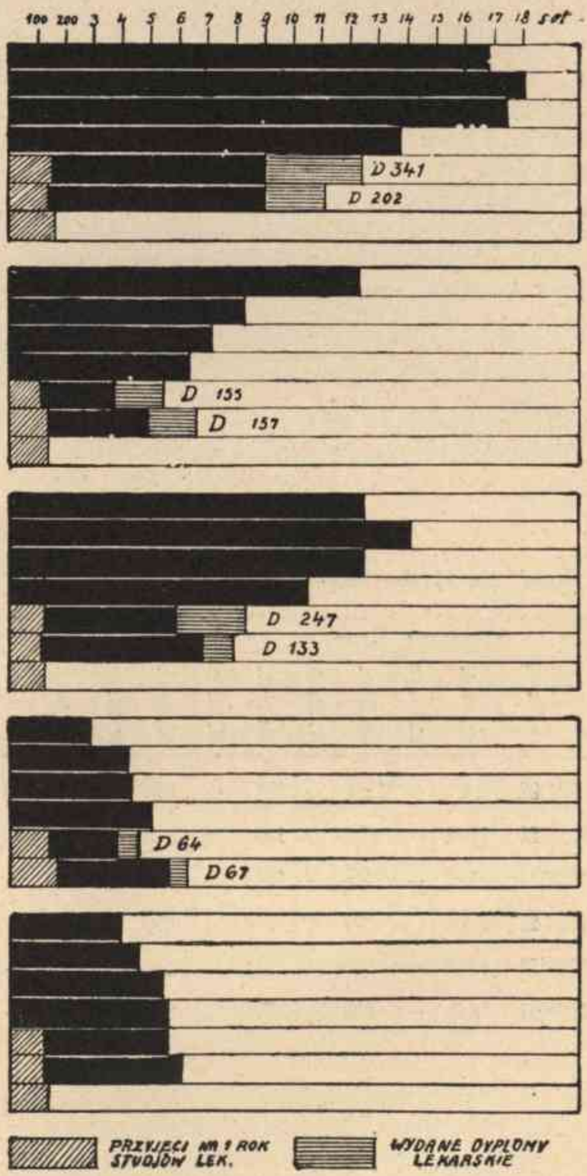
Tabl. 23. Liczba studentów medycyny na Uniwersytetach polskich

Rok akadem.	Warszawa		Kraków		Lwów		Poznań		Wilno		Razem	Państw. Inst. Dentyst. w Warszawie
	Student.	W. Słuch.	Student.	W. Słuch.	Student.	W. Słuch.	Student.	W. Słuch.	Student.	W. Słuch.	Student.	
1921/22	1683	—	1225	—	1247	—	288	—	319	79	4842	500
1922/23	1811	—	835	2	1354	63	413	—	439	12	4927	396
1923/24	1752	—	712	—	1213	39	431	—	541	—	4588	270
1924/25	1381	—	627	1	928	14	498	—	556	—	4005	350
1925/26	1236	—	537	—	818	9	447	6	556	—	3609	340
1926/27	1113	—	653	—	779	4	615	1	596	—	3161	358

O ile to było możliwe, zaznaczyłem w tablicach tych także liczbę dyplomów lekarskich, wydawanych w danym roku akademickim i liczbę przyjętych na 1. rok studjów lekarskich. Stosunek przyjętych do liczby zgłoszeń o przyjęcie uwidoczniony jest na **tablicy 25.**

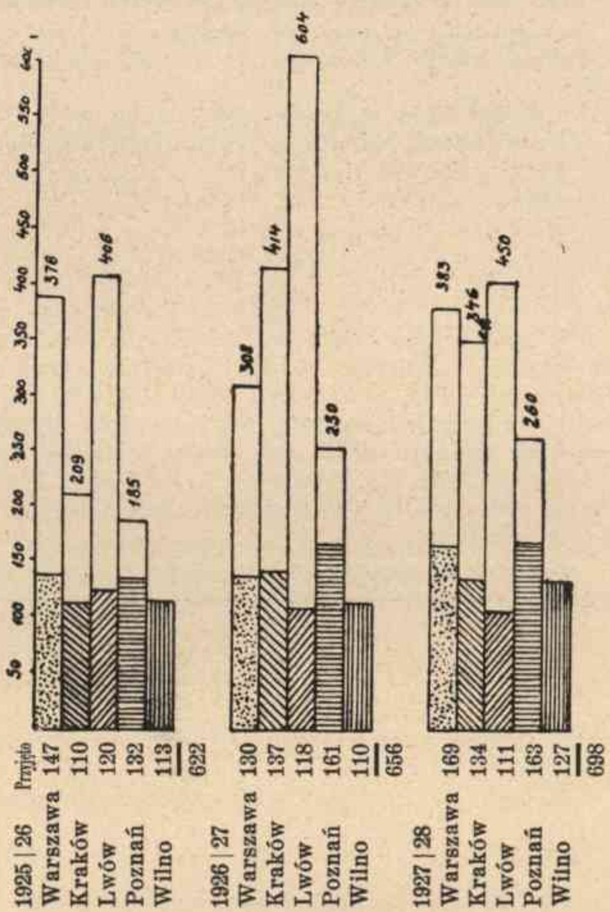
Tablica 24. Liczba Studentów Medycyny.

	Liczba Stud.
Warszawa	
1921 | 22	1683
22 | 23	1811
23 | 24	1752
24 | 25	1381
25 | 26	1236
26 | 27	1113
27 | 28	167
Kraków	
21 | 22	1225
22 | 23	835
23 | 24	712
24 | 25	627
25 | 26	537
26 | 27	653
27 | 28	
Lwów	
21 | 22	1247
22 | 23	1417
23 | 24	1252
24 | 25	942
25 | 26	827
26 | 27	783
27 | 28	
Poznań	
21 | 22	288
22 | 23	413
23 | 24	431
24 | 25	498
25 | 26	453
26 | 27	616
Wilno	
21 | 22	398
22 | 23	451
23 | 24	541
24 | 25	556
25 | 26	556
26 | 27	596
27 | 28	



D = Dyplomy lek.

Tablica 25. Liczba przyjętych na studja lekarskie i liczba zgłoszeń.



Przyjęto na I rok studjów lekarskich

Rok akadem.	Warszawa		Kraków		Lwów		Poznań		Wilno		Razem		Na 100 podań przyjęto
	Liczba przyjętych	Liczba podań	Liczba przyjętych	Liczba podań	Liczba przyjętych	Liczba podań	Liczba przyjętych	Liczba podań	Liczba przyjętych	Liczba podań	Liczba przyjętych	Liczba podań	
1925/26	147	376	110	190	120	406	132	185	113	370	622	1527	40,7
1926/27	130	308	137	414	118	604	161	250	110	607	656	2180	30,1
1927/28	163	383	134	346	111	450	165	259	127	400	704	1838	38,3

Obliczenie przyrostu lekarzy w latach następnych.

Technika obliczenia przyrostu lekarzy.

Przyrost lekarzy można obliczyć z liczby studentów w sposób dwojaki:

1) z ogólnej liczby studentów wzgl. z liczby przyjętych na 1. rok studjów. Uwzględniamy przytem, że podczas studjów odpada 33% czyli na 1-szym roku wynosi ubytek 15%

„ 2-gim	„ „ „	4%
„ 3-cim	„ „ „	12%
„ 4-tym	„ „ „	1%
„ 5-tym	„ „ „	1%

33%; kończy więc studja 67% [1]).

2) Z ogólnej liczby studentów: bierzemy za podstawę liczbę wydanych dyplomów w latach 1925/26 i 1926/7 w stosunku do liczby studentów przed 6 laty. — Z ogólnej liczby studentów w jednym roku akademickim otrzymuje przeciętnie 10,6% studentów dyplomy.

Sposoby oba zastosowane dają różnicę w liczbach szacunkowych w ramach 0,5 do 3,5%, wyjątkowo w r. 1930/31. 6,5%. Według obliczenia metodą drugą będzie wynosiła liczba dyplomów wydanych w latach następnych:

Tabl. 26. Liczba dyplomów lekarskich w latach 1925—32.

	Warszawa	Kraków	Lwów	Poznań	Wilno	Razem bez nostryfikantów
1925 | 26	329	132	223	56	46 3)	786 2)
1926 | 27	178	128	104	59	46 3)	500 2)
1027 | 28	194	90	152	44	48	528
1928 | 29	182	73	130	45	56	486
1929 | 30	146	66	100	53	59	424
1930 | 31	130	57	88	48	59	382
1931 | 32	119	69	83	65	63	399
Po sześciu latach z końcem 1932 roku	949	483	657	314	331	2.719

[1]) Jak mała liczba studentów kończy studja w przepisanym terminie świadczą cyfry następujące odnoszące się do Uniwersytetu Lwowskiego, które podaję dla przykładu:

Tablica 27. Nostryfikanci.

	W roku	
	1925 | 26	1926 | 27
Warszawa	12	24
Lwów	14	29
Kraków	23	29
Poznań	8	8
Wilno	15	15
	82	105

Ilu będzie lekarzy w r. 1933?

Liczba dyplomów wydanych w sześcioleciu 1926 | 27 — 1931 | 32 odpowiadać będzie liczbie nowych lekarzy. Będziemy ich więc mieli za sześć lat t. j. z początkiem r. 1933 około	2.719	
Obecnie jest lekarzy (koniec r. 1927)		8.798
w przeciągu 5 lat (1928—1932) obniży się liczba obecna z powodu ubytku o 3,5% X 5 = 17,5%		1.539
z obecnej generacji lekarzy pozostanie z początkiem roku 1933	7.259	
nostryfikantów będzie prawdopodobnie 5 X 100 (tabl. 27)	500	
	10.478	

a więc około 10.500 lekarzy.

Przykład 1.

Na	I	rok studjów	przyjęto	w roku	1921 | 22	177	Z liczby tej	
„	II	„ „	przeszło	„ „	1922 | 23	151	odpadło	26
„	III	„ „	„	„ „	1923 | 24	53	odpadło	98
„	IV	„ „	„	„ „	1924 | 25	52	odpadł	1
„	V	„ „	„	„ „	1925 | 26	52		
„	VI	„ „	„	„ „	1926 | 27	51	odpadł	1

Przykład 2.

Na I. rok studjów przyjęto w roku 1926/27 118 kandydatów.

Na II. rok studjów przeszło w roku 1927/28 87 = 73,6%.

Nie złożyło egzaminu 31, z których ponownie złożyło podania 11, a 20 nie zgłosiło się wcale = 17%.

	1925/26	1926/27
[2]) Faktyczna liczba bez nostryfikantów	786	500
dochodzi nostryfikantów	82	105
razem wydanych dyplomów	868	605

[3]) szacunkowo.

Uwzględniając przyrost ludności w Polsce w stosunku takim jakim był w ostatnich latach *) będzie w Polsce w r. 1933 około 31.293.000 mieszkańców. Przypadać będzie:

w r. 1933 1 lekarz na **2980** *mieszkańców*, podczas gdy przypadał
„ „ 1926 „ „ „ 3400 „ , a
„ „ 1927 „ „ „ 3320 „

Stosunek ten lekarzy do ludności należy uważać za odpowiedni, jeżeli się weźmie pod uwagę, że w miarę podnoszenia się kultury ludności wobec wielkiego postępu szkolnictwa i rozrostu urządzeń sanitarnych zapotrzebowanie lekarzy wzrasta. Nie jest jednak jeszcze przez to powiedziane, że stan materjalny lekarzy się zarazem poprawi.

Gdyby obecnie warunki bytu lekarzy były wystarczające, wówczas na okres przyszłych lat sześciu należy patrzeć bez trwogi. Warunki jednak egzystencji dla lekarzy w dobie obecnej uznaliśmy za niewystarczające.

Przyrost lekarzy w ziemiach zachodnich i północno-wschodnich.

Przedstawiwszy ogólny przyrost lekarzy i stosunek lekarzy do liczby mieszkańców za lat sześć dla całej Polski muszę scharakteryzować jeszcze osobno przyrost w tym czasie w ziemiach zachodnich i północno-wschodnich Polski ze względu na zupełnie inne warunki ekonomiczne, inny procentowy przyrost ludności i odmienne stanowisko dwóch Uniwersytetów kresowych, stanowiących rezerwoar przyszłych lekarzy dla tychże kresów.

Uniwersytet Poznański dostarcza swych lekarzy dla woj. poznańskiego, śląskiego i pomorskiego.

Województwo Śląskie jako najbardziej uprzemysłowione w całej Polsce odznacza się największą gęstością ludności na 1 km², największym przyrostem ludności, któremu dorównać musi także i wzrost liczby lekarzy.

Trzy wspomniane województwa odznaczają się wielkim dobrobytem obywateli. Na Śląsku prawie wszyscy lekarze są lekarzami kasowymi, ale i w Województwach Poznańskiem i Pomorskiem lekarze kasowi wykazują najwyższe dochody z tego źródła, jako że nie są wynagradzani ryczałtowo, tylko od poszczególnych wizyt i zabiegów. Wprawdzie liczba lekarzy kasowych nie może być obecnie powiększona. Gęstość zaludnienia na Śląsku i dobre warunki ekonomiczne na zachodzie Polski sprawiają, że zapotrzebowanie lekarzy wzrasta.

Inaczej się przedstawiają warunki na północno-wschodnich kresach Polski, dla których dostarcza lekarzy uniwersytet wileński. Ludność jest

---

*) Szacunkowy przyrost ludności w Polsce od r. 1921—1926 wynosi 2.072.283 mieszkańców, wynosił więc 7% w 5 latach.

prawie że wyłącznie rolnicza z wyjątkiem woj. Białostockiego, gdzie i dobrobyt jest większy, wykazuje najniższe cyfry pod względem gęstości zaludnienia, najmniejszy przyrost ludności a ze względów klimatycznych najlepszą zdrowotność, największą długowieczność mieszkańców. Województwa Nowogrodzkie, Poleskie i Wileńskie wykazują dzisiaj jeszcze najmniejsze zaludnienia i najmniejszą liczbę lekarzy, dlatego, że lekarze nie mogą tamże znaleść wystarczających warunków, potrzebnych do swej egzystencji. O warunkach tych mówiłem już poprzednio obszerniej. (zob. dopiski Nr. 3).

Wniosek należy wyciągnąć z tego ten, że i w przyszłości nie należy się spodziewać tamże wzrostu większego liczby mieszkańców i powiększenia dobrobytu ludności. Liczba lekarzy na północno-wschodnich kresach może się tylko nieznacznie powiększyć, o ile mają lekarze znaleźć jeszcze warunki wystarczające do swej egzystencji.

Jaki będzie więc przyrost lekarzy w zachodnich województwach Polski? Jaka będzie ich liczba w roku 1933?

Jak wynika z obliczenia poniższego wzrośnie w ziemiach zachodnich polskich tj. w Poznańskiem, Pomorskiem i Śląskiem do r. 1933 liczba lekarzy z 1.175 na 1.322. Obecnie przypada tamże 1 lekarz na 4000 mieszkańców, a w r. 1933 będzie przypadał 1 lekarz na 4.215 mieszkańców.

Województwo Poznańskie, Pomorskie i Śląskie ma obecnie w r. 1927 już	1.175 lekarzy
w ciągu 6[1]) lat ubędzie $3^1/_2 \times 6 = 21\%$	247 „
pozostanie więc	928 lekarzy
Za lat 6 przybędzie młodych lekarzy z Uniw. Poznańskiego samego	314 „
do Śląska z Uniw. Krakowskiego i innych około	80 „
Będzie więc razem	1.322 lekarzy

Liczba lekarzy w r. 1927		W r. 1933	Będzie mieszk. w r. 1933 w tys.
w Woj. Poznańskiem	594	600	2.263
„ „ Pomorskiem	218	238	1.187
„ „ Śląskiem	363	484	2.122
	1175	1322	5.572
w 3 województwach zachodnich przypadać będzie 1 lekarz na mieszkańców		4215	

[1]) Z ogólnej liczby lekarzy w r. 1927 nie był odliczony ubytek wskutek śmierci etc. w roku 1927, dlatego należy przytem obliczeniu tę cyfrę uwzględnić. Obliczamy więc ubytek w ciągu sześciu lat.

Przypada 1 lekarz na mieszkańców:			
	w r. 1923	1927	1933 [2]
w Poznańskiem	5.200	3.550	3.771
w Pomorskiem	6.400	5.550	4.790
w Śląskiem	14.500 (?)	4.280	4.392
w 3 Województwach		4.000	4.215

[2] Szacunkowy przyrost mieszkańców wynosić będzie przez 5 lat

dla Woj. Poznańskiego	$\frac{8}{134}$	ogólnego przyrostu ludności w Polsce
dla Woj. Pomorskiego	$\frac{6}{134}$	" " " "
dla Woj. Śląskiego	$\frac{27}{134}$	" " " "

klucz ten obliczyłem według przyrostu ludności od 1921 do końca 1926.

Wprawdzie wzrasta stale liczba lekarzy w ziemiach zachodnich Polski. Stosunek jednak lekarzy do liczby mieszkańców zmniejszy się w wspomnianych 3 województwach w roku 1933, ponieważ Woj. Śląskie i Poznańskie wykazuje stosunkowo bardzo znaczny przyrost ludności. Natomiast przypuszczać należy, że zwiększy się stosunek liczby lekarzy do mieszkańców na Pomorzu. Pomorze ma obecnie 1 lekarza na 5.500 mieszkańców i stanowi jeszcze teren do pracy dla lekarzy.

Ponieważ wzrost liczby lekarzy do przyrostu ludności w tychże województwach utrzymał się w należytym stosunku, należy stwierdzić, że Uniwersytet Poznański pomimo wielkiej liczby studentów przyjmowanych w latach ostatnich na I. rok studjów nie wyprodukuje więcej lekarzy do roku 1933, aniżeli faktycznie potrzeba. Cyfry statystyczne podane powyżej wykazują bezwzględną potrzebę Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie Poznańskim. Podkreślam to dlatego, że istniał niedawno jeszcze w kołach rządowych projekt zwinięcia Wydziału Lekarskiego w Poznaniu. Projekt ten spotkał się jednak z energicznym protestem ze strony Uniwersytetu i społeczeństwa poznańskiego.

Przyrost lekarzy w ziemiach północno-wschodnich zasilany przez lekarzy wykształconych na Uniwersytecie Wileńskim bez nostryfikantów.

	Liczba mieszk. w tys.		Liczba lekarzy		Przyrost w 6 latach	Lekarzy na 10.000 mieszk.		1 lekarz na ilu mieszk.	
	1927	1933[1])	1927	1933		1927	1933	1927	1933
W Woj. Wileńskiem	1 034	1.121	412	493	81	3,77	4,4	2.730	2.273
„ „ Nowogródzkiem	881	918	127	151	24	1,32	1,6	7.650	6.410
„ ½ „ Białostockiego	684	728	149	178	29	2,68	2,4	4.580	4.090
„ ½ „ Poleskiego	471	544	132	157	25	1,78	3,0	5.620	3.440
			820	979	159				

Ubędzie w okresie sześcio-letnim 21% . . . . — 172

648

Przyrost z Uniwers. Wileńskiego bez nostryfikantów . . . + 331 t.j. 51% od 648 pozostałych lek.

Będzie więc lekarzy 979

Ponieważ w r. 1933 przypadać będzie 1 lekarz na

		Uwagi.
w woj. Wileńskiem	2.273 mieszk. [1])	Będzie odpowiadało obecnemu stosunkowi lekarzy w woj. Lwowskiem łącznie z m. Lwowem; będzie stosunkowo więcej lekarzy. aniżeli obecnie w woj. Krakowskiem (łącznie z Krakowem).
„ „ Nowogródzkiem	6.410 „	Podobnie jak jest obecnie w woj. Tarnopolskiem, w woj. Łódzkiem (bez m. Łodzi), lub w woj. Kieleckiem lub Warszawskiem (bez m. Warszawy),
„ ½ „ Białostockiego	4.090 „	będzie stosunkowo więcej lekarzy aniżeli obecnie w woj. Śląskiem, Poznańskiem (bez m. Poznania),
„ ½ „ Poleskiego	3.440 „	odpowiadać będzie mniejwięcej stosunkowi obecnemu przeciętnemu w Polsce.

[1]) Przyrost Ludności obliczyć możemy z następującego wzoru $\frac{L \cdot a}{134}$, w którym *L* oznacza liczbę ludności ostatniego roku, $\frac{a}{134}$ mnożnik indywidualny dla poszczególnych województw, obliczony według przyrostu ludności w poszczególnych województwach w pięcioleciu 1921—1926. *a* wynosi dla Wojew. Wileńskiego 4, dla wojew. Nowogródzkiego 4, Białostockiego 4, Poleskiego 2. — Dla ludności Polski 29,249 milj. z r. 1927 wynosi $\frac{L}{134} = 218$.

Porównajmy te cyfry z tablicą 18, przedstawiającą rozmieszczenie liczebne lekarzy w całej Polsce, a przekonamy się, że wzrost ten jest nieproporcjonalnie wielki w stosunku do dobrobytu i gęstości mieszkańców na 1 km². Uregulowanie stosunków może nastąpić tylko w ten sposób, że walka o byt i niemożność egzystencji spowoduje młodą generację lekarzy, wychodzącą z dyplomem uniwersytetu Wileńskiego, do szukania szczęścia i zarobku daleko za krajem rodzinnym w innych województwach.

Z tych rozważań należy wyciągnąć wniosek następujący: **Uniwersytet Wileński powinien bezwarunkowo ograniczyć liczbę studentów przyjmowanych na 1 rok studjów lekarskich.**

Redukcja liczby studentów nie przynosi uniwersytetowi żadnej ujmy jeżeli jest rozmyślnie przeprowadzona. Przecież w wielkiem, bogatem państwie niemieckiem, które może pozwolić sobie na 23 wydziały lekarskie, wynosiła w r. 1921 liczba studentów med. w 18 uniwersytetach poniżej 600 studentów. Studjowało bowiem medycynę:

	Studentów			Studentów	
w Tübingen	571		w Bononji	440	4 uniwersytety o 400—450 studentach
„ Göttingen	552		„ Gryfji (Greifswald)	430	
„ Kielu	550	6 uniwersytetów o 450—550 studentach	„ Hali (Halle)	419	
„ Marburgu	430		„ Rostoce (Rostock)	415	
„ Frankfurcie	524		„ Hamburgu	390	4 uniwers. mające mniej niż 400 student.
„ Jenie	508		„ Giessen	377	
„ Kolonji (Köln)	473		„ Erlandze (Erlangen)	353	
„ Królewcu (Königsberg)	451		„ Monasterze (Münster)	309	

Zaznaczyć przytem należy, że nie istniał w Niemczech „numerus clausus" i każdy żgłaszający się zostawał przyjęty. Do czego wprawdzie ta liberalność doprowadziła widzimy obecnie w Niemczech, gdzie przeszło połowa lekarzy niema wystarczających środków do życia, bardzo wielu opuszcza kraj, szuka zarobku za oceanem, wielu jest ajentami sprzedającymi książki naukowe, wielu podróżującymi na różne leki, niektórzy nawet uprawiają kosmetykę w zakładach fryzjerskich i łaźniach, inni zaś dorabiają sobie na chleb jako korektorzy, korepetytorzy lub nawet w kantorach kupieckich.

W Austrji obecnie nie jest lepiej. Dopiero w grudniu r. 1927 pojawił się artykuł w „Neue Freie Presse" wskazujący na hyperprodukcję lekarzy. Autor tegoż artykułu zastanawia się nad zmianami i ubezpieczeniem społecznem, mającem na celu poprawę bytu lekarzy.

Dla porównania podajemy jeszcze w tabl. 28 i 29 liczbę studentów w Niemczech i w Polsce z podaniem stosunku studentów medycyny na 1 milj. mieszkańców.

Tablica 28. Studenci medycyny w Niemczech.

W roku	Na 1 miljon mieszkańców przypada	Studentów medycyny	Ogólna liczba stud. med.
1831	"	75	2369
1848	"	45	1815
1870	"	70	3171
1880	"	89	5814
1890	"	183	8163
1893	"	155	7704
1899	"	135	7022
1902	"	128	6232
1906	"	111	6683
1921	"	211,7	

Tablica 29. Studenci medycyny w Polsce.

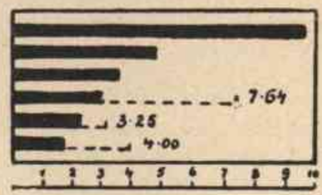
1921	"	179	4842
1922	"	182	4927
1923	"	163	4588
1925	"	123	3609
1926	"	129	3761

Studenci według wyznania zob. Dopiski nr. 11 tabl. 45.

Tablica 29. Przegląd międzynarodowy. [1])

Na 1 miljon ludności przypada w r. 1921 | 22
Studentów na Wydziale Lekarskim:

Austrja	995,0
Szwajcarja	484,9
Czechosłowacja	361,7
Francja[1]	289,3
Prusy	211,7
Polska	162,3



Skala majątku narodowego
(w miljardach złotych)

Dlaczego w innych państwach może być liczba studentów znacznie wyższą, aniżeli w Polsce wynika z wyjaśnień w »Dopiskach« Nr. 2 na str. 54.

[1]) Weinfeld: Atlas stat. Polski 1924, zesz. I str. 5.

V.

Ilu studentów należy przyjmować na studja lekarskie?

Obecnie należy nam się zastanowić ilu studentów powinny Uniwersytety przyjmować, aby 1 lekarz przypadał na 3.300 mieszkańców, t. j. aby utrzymać stosunek taki, jaki jest w roku obecnym. Przekonaliśmy się bowiem, że warunki ekonomiczne lekarzy nie odpowiadają minimum egzystencji około 80% lekarzy, a potrzeby ludności byłyby w zupełności pokryte o ile nastąpi racjonalne rozmieszczenie lekarzy. Obecnie nie możemy wpłynąć już na przyrost lekarzy do końca roku 1932, nie możemy go uregulować według z góry przewidzianych norm, albowiem decyzja w tym względzie już zapadła. Przyrost w roku 1931/32 będzie zależał od liczby studentów będących już na studjach.

Natomiast możemy wpłynąć jeszcze na przyrost lekarzy od 1932 roku i unormować go według z góry przyjętego planu. Przyjmując w przyszłości od r. 1929 rocznie na wszystkich Uniwersytetach polskich 673 kandydatów na I. rok studjów, powiększymy przyrost lekarzy o 505 rocznie i utrzymamy stosunek: 1 lekarz na 3.000 mieszkańców.

Metoda obliczenia.

Ubytek lekarzy roczny: $3^1/_2$% od liczby 10.500 =		367
Roczny przyrost ludności	44.380	
By utrzymać stosunek 1 lekarza na 3.300 ludności potrzeba na ten cel lekarzy		134
	razem	501

33% studentów nie kończy studjów, przyjąć zatem należy w roku 1929/30 — o ile nie będzie się nostryfikowało dyplomów zagranicznych $501 + \frac{501}{3} = 501 + 167 = 668$ i doliczyć 5 celem uniknięcia ew. deficytu = 673 kandydatów.

Liczbę tę należy rozdzielić w stosunku dotychczasowej liczby lekarzy na wszystkie uniwersytety, przyczem przeznaczyć się powinno najmniej na Wilno, które do roku 1933 wyprodukuje więcej lekarzy, aniżeli powinno.

Według doświadczeń lat ostatnich nostryfikują polskie uniwersytety 100 dyplomów rocznie, które należy odciągnąć od liczby 673. Należałoby więc przyjąć w razie nostryfikowania dyplomów zagranicznych nadal tylko **573** studentów, przyczem pozostanie jeszcze 33 lekarzy jako nadwyżka produkcji rocznej — gdyż w liczbie 100 nostryfikantów niema 33% ubytku, gdyż wszyscy przyjęci nostryfikanci składają zazwyczaj egzaminy.

Przypuszczalnie w roku 1933 będziemy mieli 10.354 lekarzy przyczem przypadać będzie 1 lekarz na 3.000 mieszkańców.

Będzie to optimum, którego nie należy przekroczyć a raczej zmierzać do powrotu do stosunku 1 lekarz na 3.300 mieszkańców.

Po każdem 5-leciu powinien stosunek lekarzy do ludności ulec rewizji i zostać ustalonym na okres pięcioletni następny.

Ilu studentów powinien przyjmować każdy z uniwersytetów polskich w następnem pięcioleciu.

Pozostaje nam jeszcze sposób rozmieszczenia studentów na poszczególne uniwersytety. Kierować nam się należy przytem tradycją oraz rozmieszczeniem obecnem lekarzy, które dokonały czas i warunki ekonomiczne poszczególnych okolic, w których ośrodku leży miasto uniwersyteckie. Rozdział ten podany jest w piątej i siódmej kolumnie tabl. 31., w drugiej natomiast liczba obecna lekarzy. Przyjmując system punktowy, przyczem 25 lekarzy liczymy za 1 punkt, otrzymujemy obecnie rozdział następujący:

Tablica 30.

	Liczba lekarzy wyrażona w punktach. Obecnie	Korekta liczby lekarzy na okres 1933—1938	Umotywowanie korekty	Norma wyrażona w %	O ile oznaczymy liczbę przyjęt. na 673
Warszawa	113	103	Obecna liczba jest dostateczna; winna ulec raczej redukcji.	29%	195
Kraków	66	75	Należy liczbę zwiększyć ze względu na bliskość centr przemysłowych.	22 „	147
Lwów	88	83	Należy liczbę obniżyć ze względu na dostateczną liczbę i bliskość wschodu o słabych warunkach ekonomicznych	24 „	162
Poznań	52	61	Należy nieco podwyższyć ze względu na tereny jeszcze niedostatecznie obsadzone — Pomorze — bliskość Śląska i wielki przyrost zaludnienia.	17 „	114
Wilno	31	28	W latach 1928—1934 nastąpi hyperprodukcja, liczbę należy sprowadzić do normalnej, odpowiadającej potrzebie.	8 „	55
	350 punkt.	350 punkt.		100%	673

Tablica 31. Ilu należy przyjmywać Kandydatów na studja lekarskie rocznie?

Uniwersytet	Obszary zaopatrywane w lekarzy przez dany Uniwersytet	Liczba Lekarzy w r. 1927	w r. 1927 przypada 1 lekarz na mieszk.	Liczba przyjętych kandydatów w r. 1927/28	Należy przyjąć w nast. 5 latach rocznie kand. nie licząc repetent.	Rezerwuje się rocznie miejsc dla nostryfikantów	W razie nostryfikowania dyplomów zagr. należy przyjąć nowych kandydat.
	1	2	3	4	5	6	7
Warszawski	M. Warszawa Woj. warszawskie 1/3 „ łódzkiego 1/2 „ lubelskiego 1/2 „ białostock. 1/4 „ poleskiego	1847 381 233 174 148 41 2824	443 6000 3450 5600 4400 5600	163	**195**	*35*	**160**
Krakowski	Woj. Krakowskie 1/3 łódzkiego Woj. kieleckie 1/3 „ śląskiego	868 233 439 121 1661	2500 3450 6100 4280	134	**147**	*25*	**122**
Lwowski	Woj. lwowskie „ stanisław. „ tarnopolsk. 1/2 „ lubelskiego 1/4 „ poleskiego „ wołyńskie	1223 266 270 174 41 228 2202	2300 4650 5070 5600 5600 6800	111	**162**	*25*	**137**
Poznański	Woj. poznańskie „ pomorskie 1/3 „ łódzkiego 2/3 „ śląskiego	594 218 233 242 1287	3550 5500 3450 4280	165	**114**	*10*	**104**
Wileński	Woj. wileńskie 1/2 „ białostock. Woj. nowogrodz. 1/2 „ poleskiego	412 149 127 82 768	2500 4400 7000 5600	127	**55**	*5*	**50**
				700	**673**	*100*	**573**
						673	

Studenci medycyny. Studja.

Studja medycyny są ze wszystkich studjów uniwersyteckich najtrudniejsze, trwają najdłużej, zaledwie może ukończyć je student w przeciągu 6 lat, przeważnie zaś trwają lat 7. Według nowych, obecnie już obowiązujących programów, przewidziany jest rok praktyczny, osobny doktorat który wymagać będzie jeszcze 1/2 — 1 roku czasu tak, że przyszły Dr. med. będzie potrzebował 7 1/2 — 8 lat na swe studja, specjalista jeszcze dalsze 1 1/2 — 2 1/2 lat czyli blisko 10 lat, ażeby móc praktykować przeciętnie 25 lat!

Czy możnaby zredukować czas studjów przez inny rozkład studjów, wczesne rozpoczęcie specjalizacji dla blisko 25% studentów — to kwestja inna[1]). Wymagałoby to gruntownej przebudowy studjów, rychłej decyzji ze strony studenta co do wyboru specjalizacji. Około 25% specjalistów musiałoby mieć pomimo tego podobnie długie studjum jak obecny program przewiduje, a dla 50% ogółu studentów przyszłych praktyków możnaby pomyśleć o pogłębieniu strony praktycznej z redukcją teorji. Nakreślenie przebudowy studjum lekarskiego pod tym kątem widzenia wychodzi poza ramy tegoż referatu.

Obecni studenci medycyny pracują w warunkach bardzo trudnych[2]), gdyż przeważnie należą do warstw niezamożnych a nawet najniższych i nie przynoszą często z domu rodzicielskiego tych kwalifikacji kulturalnych, które lekarz w przyszłości potrzebuje a uniwersytet ani pożycie z kolegami dać mu ich nie może. Poziom kulturalny ma często też wpływ na światopogląd etyczny, który u lekarza powinien być zawsze bardzo wysoki.

Tygodnie akademickie, zbiórki uliczne, noszące nieraz charakter żebraniny, nie przyczyniają się bynajmniej do podwyższenia poziomu etycznego. Społeczeństwo traci szacunek dla studenta, jeżeli student publiczie musi rękę wyciągać o zapomogę.

Poczucie, że należy samemu sobie zdobyć warunki materjalne, potrzebne na studjum własną pracą i własnym wysiłkiem, u obecnej generacji studentów zanikło. Żąda się od uniwersytetów ograniczenia taks laboratoryjnych, zniżenia opłat[3]) a nikomu na myśl nie przyjdzie, że właściwie za naukę należałoby płacić przynajmniej w tym samym stosunku, jak płaci się za nią w szkołach prywatnych średnich. Nie jest wiadome ani studentom medycyny ani społeczeństwu, że Skarb Państwa dopłaca na każdym studencie medycyny rocznie w latach przedklinicznych 1.300 zł rocznie, a w tryme-

---

[1]) Dla okulistów, laryngologów, stomatologów i lekarzy zajmujących się rozbiorami chemicznemi.

[2]) O nędzy studentów rosyjskich — zob. **Dopiski** Nr. 10.

[3]) Opłaty roczne idą prawie że całkowicie na cele studenckie.

strach klinicznych około 2000 zł, pomimo że dotacje Zakładów uniwersyteckich są tak niskie, że nie jest możliwe prowadzenie należyte studjów — nie mówiąc już o prowadzeniu pracy naukowej. Zakłady kliniczne skazane są na pobieranie taks od pacjentów za porady ambulatoryjne, ażeby móc prace kliniczne i dydaktyczne prowadzić.

Ażeby dowiedzieć się, z jakich sfer społecznych rekrutują się obecnie studenci medycyny, przejrzałem przeszło 400 podań kandydatów zgłaszających się na studja lekarskie przy uniwersytecie lwowskim; kandydatów podzieliłem na 4 grupy kulturalne (1 — 4) i 4 grupy finansowe (a — d).

Pod względem kulturalnym:

	Liczba	%	
1 grupa — rodzice z wykształceniem uniw.	73	17,8%	
2 „ „ z wykszt. średn i urzędnicy . .	46	11,2 „	
3 „ „ z wykszt. zawodowem, mali kupcy i urzędnicy niżsi	204	50 „	71%
4 „ „ z najniższem wykształcen. woźni, kucharze, rzemieślnicy, małorolni	86	21 „	
	409	100%	

pod względem finansowym:

	Liczba	%	
grupa a — rodzice bardzo zamożni (przeważnie niechrześcijanie)	26	7,3%	
„ b „ średnio zamożni	88	24,6 „	
„ c „ niezamożni (intelig. i urzędnicy) . .	130	37 „	68%
„ d „ „ (sfery niższe)	110	31 „	
	354	99,9%	

Nie można zaprzeczyć, że 1. i 2. grupa kulturalna powinna mieć pierwszeństwo, jeżeli chodzi o przyjęcie na uniwersytet. Kandydaci z tych warstw dają gwarancję odpowiedniego poziomu kulturalnego i domowego wychowania, które tylko może dać dom rodzicielski.

To samo można powiedzieć i o 60% grupy 3.

Reszta grupy trzeciej i grupa czwarta dostarcza przeważnie element surowy, chociaż mogą być między nimi i bardzo zdolne jednostki, które mogą stać się chlubą stanu lekarskiego. Warunki jednak podczas studjów są dla nich tak ciężkie, że trudno powiedzieć, czy wysiłek ich jest wart tego stanowiska, o którem marzą a który pod względem ekonomicznym przyniesie im prawdopodobnie wielkie rozczarowanie.

Czy nie lepiej byłoby, ażeby proces ewolucji społecznej szedł drogą normalną i ażeby grupa 4. przechodziła w 3., a trzecia w drugą z pokolenia na pokolenie. Mniej byłoby ofiar ze strony rodziców, którzy sobie nieraz ostatni kęs muszą odejmować od ust, ażeby go dać synowi na studja, mniej byłoby ofiar społecznych, a za to może więcej dzielnych zawodowców i rzemieślników.

Na ewolucyjnem podniesieniu warstw społecznych pod względem kulturalnym, a nie odbywającym się w przeskokach, zyskałoby tylko społeczeństwo. Więcej mielibyśmy obywateli zadowolonych ze swego bytu, a mniej malkontentów, więcej ludzi o wysokim poziomie kulturalnym.

Niezamożnym studentom przeważnie z warstw urzędniczych i najniższych utrudnia egzystencję przeważnie brak kredytu. I dawniej mieliśmy w czasach niewoli około 75—80% niezamożnej młodzieży. Stypendja stałe i kredyt prywatny na studja umożliwiały jednak studentowi byt na uniwersytecie, a pomoc studentom była w rękach społeczeństwa a nie uniwersytetów. — Dziś ten obowiązek przyjęły przeważnie uniwersytety i organizacje samopomocy studentów.

Czy to jest z korzyścią dla studentów trudno powiedzieć. Zdaje mi się jednak, że było lepiej dawniej, gdy społeczeństwo zajmowało się samo akcją pomocy dla studentów, a student mógł otrzymać kredyt na studja — gdy istniało poczucie, że za naukę należy płacić a długi studenckie spłacało się nieraz przez 5—10 lat po wejściu w praktykę.

Dobór studentów. Pomimo, że na wielką liczbę zgłoszeń na studja przyjmuje się nielicznych (około 30—40%), to dobór studentów nie zawsze jest trafny. Doświadczenie uczy, że o kwalifikacjach kandydatów nie może decydować świadectwo gimnazjalne tylko, że powinny decydować jego kwalifikacje osobiste i intelektualne. Przeszło połowa studentów nie posiada wystarczającej bystrości umysłu, ani 75% nie posiada umiejętności orjentowania się w trzech wymiarach na rysunku, 60% nie posiada zręczności potrzebnej lekarzowi, a jeżeli mimo to tak wielka liczba kończy studja, a nieraz nawet z wynikiem dobrym, to tylko dlatego, że „wykuje" mechanicznie przedmiot, ale wiadomości pamięciowe ulatniają się szybko, nie pozostaje trwała wiedza i umiejętność, którą powinien posiadać dobry lekarz-praktyk.

Dlatego w walce o byt w życiu przyszłem załamuje się wielu, przeważna ilość lekarzy tworzy blok przeciętnych praktyków a niewielu tylko, szczególnie uzdolnionych i życiowo wyrobionych, wybija się z pośród swych kolegów.

Lepszy wybór materjału studentów mógłby nastąpić przez odpowiednie egzaminy kwalifikacyjne, które nie miałyby na celu stwierdzenie wiadomości nabytych z książek w szkole średniej, tylko któreby stwierdzały bystrość umysłu kandydata, łatwość orjentacji i kombinacji, doskonałe orjentowanie się w trzech wymiarach na rysunku, pamięć wzrokową, zręczność i zdrowie fizyczne.

Generacja o takich kwalifikacjach umysłowych, a zarazem o wysokim poziomie kulturalnym i etycznym, byłaby przygoto-

wana do walki o byt, a jako warstwa społeczna stałaby się podporą państwa i społeczeństwa.

Specjaliści lekarze. Specjalizacja.

Wielu mamy specjalistów, ale nie zawsze przygotowanych należycie do pracy zawodowej. Określenie warunków specjalizacji stało się pilną potrzebą, by zagwarantować społeczeństwu pomoc najlepszą specjalisty. Do podwyższenia kwalifikacji specjalisty może się przyczynić ustawa normująca warunki specjalizacji. — Prace w tym kierunku są w toku.

VI.

Poprawa bytu lekarzy zależnych.

Poprawa bytu lekarzy może nastąpić przez poprawę warunków lekarzy zależnych we wszystkich grupach, o których była mowa. Dotyczy to tak samo lekarzy rządowych, kolejowych, szkolnych, asystentów jak i lekarzy szpitalnych. Wyższe wynagrodzenie powinno iść w parze z drożyzną, a nie opierać się na zdewaluowanym złotym. Polepszenie poborów nastąpi zapewne równomiernie z poprawą bytu urzędników.

Poprawa bytu lekarzy kasowych i większy udział lekarzy w Kasach chorych.

Szczególnie należy postarać się o poprawę bytu lekarzy Kas chorych i rozszerzenie udziału lekarzy pracujących w Kasach chorych. Najlepsze warunki mają obecnie lekarze kasowi tam, gdzie istnieje wolny wybór lekarzy. W Poznańskiem dochodzą zarobki miesięczne lekarza kasowego od 750 — 1000 zł, a nieraz nawet do 1.200 zł miesięcznie.

Przy ryczałtowem wynagrodzeniu wahają się przeciętnie od 400 — 600 zł, nieliczni dochodzą do 700 zł.

Poprawa bytu lekarzy Kas chorych może nastąpić przez współudział organizacji lekarskich z Zarządami Kas chorych przy unormowaniu procentu przypadającego na wynagrodzenie lekarzy i ułożeniu reszty budżetu.

Wynagrodzenie lekarzy w stosunku 12% — 18% całkowitego dochodu Kas powinno się **podwyższyć do 25%**, a stać się to może przez zredukowanie zapomóg a przedewszystkiem przez zredukowanie odsetek przeznaczonych na fundusz rezerwowy przewidziany ustawą.

Fundusz rezerwowy powinien być oznaczony według liczby ubezpieczonych; powinien mieć z góry oznaczoną wysokość podobnie jak w Niemczech. Skoro do oznaczonej wy-

sokości dojdzie, należy zrezygnować z odpłat na rzecz funduszu zapasowego i zużyć stąd powstałą nadwyżkę nie na zapomogi ale na lecznictwo, *przedewszystkiem zaś na wynagrodzenie lekarzy*. Z tego źródła powinny płynąć fundusze na poprawę bytu lekarzy kasowych. Przecież Kasy chorych stawiają obecnie w budżecie rozchodów lekarzy na ostatniem miejscu, mając wielką rezerwę lekarzy bez praktyki i środków do życia.

Ażeby sobie należyte stanowisko w Kasach chorych wywalczyć, *powinni wszyscy lekarze bez wyjątku związać się w wielką organizację i postępować solidarnie*, a będą mogli wówczas przeciwdziałać krzywdzącym ustawom, godzącym nietylko w byt lekarzy ale i honor lekarski.

Zamysły Ministerstwa Opieki Społecznej znajdujące wyraz w *noweli o ubezpieczeniu społecznem* nie idą po myśli stanu lekarskiego. Obniżenie opłat na rzecz Kas chorych, a *zarazem podwyższenie zapomóg musi* z konieczności doprowadzić do dalszej redukcji procentu z dochodów Kas, już tak niskiego obecnego a przypadającego na wynagrodzenie lekarzy.

Wyeliminować należy następnie z Kas chorych tych ubezpieczonych, których dochód wynosi ponad 500 zł mies. albo też dać im możność korzystania z pomocy lekarzy prywatnych na zasadzie wolnego wyboru lekarza, dając im środki na opłacanie wynagrodzenia lekarskiego zamiast kartki do lekarzy kasowych.

Możeby się okazał praktyczniejszy sposób praktykowany w Anglji wpisywania się ubezpieczonych na listę lekarzy, przyczem lista zgłoszeń nie mogłaby przekroczyć 1000 ubezpieczonych. Kasa zaś płaci pewien ryczałt za każdego ubezpieczonego.

Wzory Kas chorych japońskich wartoby też również uwzględnić. (zob. Dopiski Nr. 8. na str. 64.).

Poprawa bytu lekarzy młodych.

Zaradzić nędzy młodych lekarzy możnaby w sposób dwojaki:

a) Młodzi lekarze *powinni osiadać w powiatach* a nie w wielkich centrach i dopiero po kilku latach praktyki przychodzić do wielkich miast. W Jugosławji przeprowadzono to w sposób następujący: Oznacza się dla wielkich miast pewną liczbę lekarzy i specjalistów, która odpowiada istniejącej potrzebie. Liczba ta nie może być przekroczoną. Lekarz, który chce osiąść w wielkiem mieście, zapisuje się na listę a kolejno w miarę jak się opróżni miejsce, zajmuje — prenotowany — wakujące.

W ten sposób osiągnięto w Jugosławji obsadzenie posad w powiatach i zaopatrzono ludność w dostateczną liczbę lekarzy.

Leży to i w interesie młodego lekarza, albowiem łatwiej zdobyć środki do życia potrzebne samodzielnemu, samotnemu lekarzowi na prowincji, aniżeli w wielkiem mieście, albo i lekarzowi z małą rodziną.

b) Drugi sposób stworzenia warunków bytu młodemu lekarzowi jest następujący:

Wielka organizacja lekarzy jak Związek Lekarzy Państwa Polskiego prowadzi dokładną ewidencję i statystykę miejscowości, w których lekarz znaleźć może jeszcze zajęcie.

Pewne wskazówki w tym kierunku dałem już w tabelach przedstawionych, a uważne przestudjowanie ich wskaże szukającemu już kierunek drogi.

Potrzebna jest tylko pewna szczegółowa statystyka odnosząca się do powiatów, w której podana będzie gęstość zaludnienia, stan dobrobytu, liczba posad rządowych, szkolnych, komunalnych i t. d., liczba lekarzy praktykujących, aptekarzy oraz partaczy najróżniejszego gatunku. Statystyka taka powinna zawierać szczegółowy wykaz lekarzy. Należałoby przytem podać narodowość i wyznanie mieszkańców oraz praktykujących lekarzy.

Przez wypieranie partactwa zdobyć sobie może zdolny lekarz niewątpliwie stanowisko i warunki egzystencji.

Wydawany przez Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oficjalny spis lekarzy winien być gruntownie zreformowany i odpowiadać potrzebie praktycznej. Jeżeli na to Władze Państwowe zdobyć się nie mogą, powinny tem zająć się Izby lekarskie albo Związek lekarzy P. P.

Plan gospodarki domowej lekarzy.

Warunki ekonomiczne lekarzy nie dozwalają na tworzenie wczesne ogniska domowego i założenie rodziny. Dlatego też nie powinien młody lekarz myśleć o tem wcześniej, aż nie zdobędzie sobie wystarczających podstaw egzystencji. W budżet swój winien sobie natomiast wcześnie wstawić pozycję oszczędności (12—14%), ażeby móc stworzyć warunki bytu rodzinie. Wielu szuka oparcia w majątku żony — ale nie zawsze harmonizuje to z idealnym poglądem na świat, który tak często spotykaliśmy u starej generacji lekarzy. Wojna wytworzyła kierunek bardziej materjalistyczny a tem samem obniżyła też poziom etyczny społeczeństwa. Wiara w siły własne i chęć do niestrudzonej pracy oraz wytrwałość powinny być cechami charakteru młodego lekarza, a nie obieranie drogi najmniejszego oporu. Ognisko rodzinne będzie stokroć przyjemniejsze, jeżeli roznieci je głowa rodziny, aniżeli gdy stworzone zostanie z posagu żony.

Zbyt wczesne zawieranie związków małżeńskich młodych lekarzy podkopuje często podwaliny ich bytu.

Jeżeli lekarz musi się opierać wyłącznie na siłach własnych, to niewielu będzie mogło stworzyć rodzinę wielką. Przeważnie będzie musiał się ograniczyć do dwojga dzieci, inaczej nie będzie mógł ich z dochodów swych wychować należycie, gdyż środki jego przy wielkiej ilości dzieci na to nie starczą. Jak wzrastają wydatki nawet przy najskromniejszych wymaganiach przy wielkiej rodzinie o tem mówiłem poprzednio (tabl. 3).

Należy myśleć o przyszłości. — Ubezpieczenia. — Współdzielnie. Nie mogąc zdobyć sobie kapitałów mogących zapewnić egzystencję swej rodzinie w razie niemożności zarobkowania lub w razie śmierci, należy pamiętać o ubezpieczeniu wczesnem od wypadku i na wypadek śmierci.

Ubezpieczenie obecne w ramach Izb lekarskich jest niewystarczające; każdy lekarz powinien na ten cel przeznaczyć każdego miesiąca pewną znaczniejszą sumę; wówczas będzie mógł pracować spokojnie a zejść z tego świata bez troski o tych, którzy mu są najbliżsi, dla których całe życie poświęcał.

Uzyskanie dogodnych warunków przy zawieraniu ubezpieczeń może nastąpić przez ubezpieczenie się całych organizacyj w Towarzystwach, które długoletniem swem istnieniem i funduszami zapasowymi dają gwarancję wypłaty asekuracji.

Obniżenie wydatków możemy uzyskać przez stworzenie współdzielni, celem uskutecznienia większych zakupów i zapasów, zaopatrzenia się w narzędzia, zakupu urządzenia dla nowo powstających ordynacyj lekarskich, zakupu książek naukowych, budowy własnego domu. Współdzielnia o wielkiej liczbie członków w mieście może wybudować domy lekarzy, w którym znajdzie pomieszczenie kilku lekarzy o różnych specjalnościach, może wybudować wspólne sanatorjum, gdyż łatwiej jej kredyt osiągnąć z banku państwowego.

Siła stanu lekarskiego polega na silnej organizacji zawodowej.

Najważniejszym czynnikiem w poprawie bytu lekarzy jest więc silna organizacja stanu lekarskiego.

Apatja, snobizm, brak zainteresowania się losami kolegów powoduje, że wielu stoi poza organizacją mającą na celu obronę stanu lekarskiego.

Organizacja taka istnieje. Związek lekarzy Państwa Polskiego, który w programie swoim łączy wszystkie drogi, które zmierzają do poprawy bytu lekarzy. Tylko jednością silni stworzymy podwaliny własnego bytu i bytu stanu lekarskiego w przyszłości.

Należy pomyśleć o stworzeniu nowych terenów pracy dla lekarzy. Wszystkie tereny pracy, na których powinienby pracować lekarz, nie są dotychczas wyzyskane.

W administracji Kas Chorych za mało zasiada lekarzy. Profilaktyka chorób zakaźnych jeszcze nie jest dostatecznie rozbudowana. W samej walce z gruźlicą po miastach wielkich i miasteczkach znaleść może jeszcze kilkuset lekarzy szerokie pole pracy.

Opieka lekarska w Towarzystwach sportowych, szersze rozbudowanie opieki lekarskiej nad młodzieżą szkolną dostarczy nowych placówek pracy. Sprawy te należą do kół lekarskich, które powinny wystąpić z inicjatywą i opracować dokładny program pracy, gdyż rzucenie tylko myśli samej bez dokładnego zbadania nowego terenu nie przyczyni się do realizacji.

Potrzeba wykładów z ekonomji lekarskiej podczas studjów.

Młody lekarz występujący w życie praktyczne nie jest do niego przygotowany. O zagadnieniach ekonomicznych, o deontologji lekarskiej nie mówi się mu wcale podczas jego studjów. O warunkach ekonomicznych ludności w różnych częściach Państwa niema lekarz młody żadnego pojęcia. Nie zna sposobów uzyskania kredytu. Nie wie jakie rozmieszczenie jest lekarzy w kraju. Nie zna dróg, które należy obrać, ażeby zdobyć sobie pierwsze warunki egzystencji, nie wie dokąd należy się udać, ażeby uzyskać posadę lekarza zależnego ze stałemi poborami. Zamiast nadmiaru historji medycyny, medycyny sądowej, psychologji, należałoby wprowadzić wykłady z ekonomji lekarskiej i w ten sposób przygotować studenta do zdobycia warunków bytu.

Wielką zasługę miałby ten, któryby opracował ekonomję lekarską ewentualnie z współudziałem specjalistów, w poszczególnych dziedzinach. Istnieją takie dzieła w Niemczech. Należałoby korzystać z tych wzorów i opracować temat ten odpowiednio do stosunków panujących w Polsce.

VII.

Obowiązki Państwa wobec stanu lekarskiego. Podatki.

1. Obowiązkiem Państwa jest dbanie o dobrobyt ogółu obywateli, a nie tylko o dobrobyt pewnych warstw, które obecnie uważa się za upośledzone.

Faktem jest, że 10% lekarzy w Polsce niema dochodów nawet służby niekwalifikowanej, nie dochodzi do 200 zł. miesięcznie. Dopiero u kresu 3-go roku po uzyskaniu dyplomu dochodzi do 250 zł. miesięcznie.

Blisko 50% lekarzy, należących do 3-ciej grupy dochodów (Tabl. 12), ma 300—700 zł. miesięcznie. W oczach komisji szacunkowych uważana jest ta grupa za znacznie wyższą, lepiej sytuowaną; opinja ta dotyczy zresztą ogółu lekarzy. Jak często się zdarza, że lekarza szacuje się 50 a nawet 80% wyżej aniżeli faktycznie zarabia. A niema apelacji i niema ochrony. Lekarze powinni zrozumieć, że w ich własnym interesie leży prowadzenie ksiąg dochodowych, możność wykazania się z uzyskanego dochodu i wykazania wydatków połączonych z praktyką. Lekarze powinni żądać, by książki przedłożone Komisjom uważane zostały za podstawę wymiaru podatków. Państwo powinno dać gwarancję, że przedłożone księgi stanowią wystarczający dowód. Zachowywanie tajemnicy zawodowej niema nic wspólnego z prowadzeniem ksiąg, gdyż można je prowadzić w ten sposób, że tajemnica lekarska nie będzie naruszona.

Przedkładanie zeznań podatkowych poniżej uzyskanych dochodów uwłacza godności lekarza a zarazem jest krzywdzące dla tych, którzy zeznania przedstawiają prawdziwie, odpowiadające stanowi faktycznemu. Władze podatkowe tracą bowiem zaufanie do stanu lekarskiego a, nie znając stosunków ekonomicznych lekarzy, szacują ich dowolnie. Książkowość prowadzona przez lekarzy wpłynie na racjonalne gospodarstwo domowe, odda Państwu to, co się Państwu należy a może uchronić od dowolnego postępowania Władz Skarbowych. Przy wymiarze podatków powinny współdziałać jako czynniki obywatelskie Komisje, wyłonione z wielkich organizacyj lekarskich albo z Izb lekarskich.

Ale Państwo nie powinno obarczać lekarzy podatkami ponad ich możność płatniczą.

Podatki w Polsce są niesprawiedliwie rozłożone, ciężary składa się na małą liczbę podatników — „burżujów" a proletarjat miejski i wiejski mający mniejsze potrzeby i wydatki nieraz lepiej jest sytuowany od t. zw. „inteligenta", żyje jak ptak boży, który nie sieje ani nie orze, a mimo to ma zapewnione bezpieczeństwo w Państwie; buduje mu się drogi, koleje, oświetla mu się miasto, buduje tramwaje, zakłada wodociągi, buduje mu się szpitale i tworzy mu się fundusz dla bezrobotnych.

Sanacja w Państwie powinna się rozpocząć od sprawiedliwego rozdziału ciężarów na wszystkich.

2. Władze Państwowe powinny pamiętać, że lekarz jest obywatelem, należącym do twórczych jednostek Państwa, jest jednym z ważnych filarów całego gmachu Państwa, ostoją ładu i porządku; lekarz, który nigdy nie strejkował, który z narażeniem życia niósł pomoc rannym podczas wojny, który chroni ludność kraju przed klęską epidemji. Dlatego nie powinno Państwo podcinać jego egzystencji przez usta-

wodawstwo, podyktowane nie troską o byt wszystkich obywateli, tylko o byt uprzywilejowanego proletarjatu, nie licząc się z tem, że to dzieje się z uszczerbkiem i krzywdą materjalną innych obywateli.

Nie powinny być wydawane ustawy, które nadają uprawnienia lekarskie partaczom, ludziom bez kwalifikacji. Mieliśmy przykład w ustawie dentystycznej, która zrównuje technika dentystycznego — rzemieślnika z lekarzem o studjach akademickich. Jest to krzycząca krzywda wyrządzona stanowi lekarskiemu, jest to policzek wymierzony nauce, jest to lekceważenie zdrowia ludności. Może być ustawa przedstawiona przez Rząd i nieprzyjęta przez Sejm, który nie zawsze kieruje się argumentami rzeczowymi, ale projekt rządowy powinien mieć wszelkie znamiona fachowej znajomości sprawy. W zawodzie dentystycznym zwiększono liczbę partaczy blisko o 100%.

3. Jak najrychlej powinna wyjść **ustawa normująca wymagania, stawiane specjalistom lekarzom,** następnie ustawa, zmieniająca studja dentystyczne i wprowadzająca **studja stomatologiczne. Każdy lekarz-dentysta powinien poprzednio odbyć studja lekarskie** [1]**.**

4. Wielkim obszarom, które nie mają obecnie jeszcze dostatecznej ilości lekarzy, jak Nowogródzkie, tam, gdzie na 500 km² przypada 1 lekarz na 17.900 ludności, można zapewnić pomoc lekarską w sposób następujący:

Lekarz poza zawodem swoim powinien także mieć w ręku zawód drugi, najpraktyczniej będzie, jeżeli lekarz będzie zarazem rolnikiem. Państwo powinno utworzyć 80 folwarków dla lekarzy, oddać je lekarzom w dzierżawę. Ułatwi się w ten sposób niesienie pomocy lekarskiej obywatelom danego rejonu, którzy sami utrzymać lekarza nie są zdolni. Będzie to jedyny sposób zastąpienia uprawnionych felczerów i wyparcia nieuprawnionych partaczy!

Jeżeli chcemy mieć przyszłość zabezpieczoną, musimy zawsze o niej myśleć a nie żyć z dnia na dzień. Idąc ręka w rękę, tworząc silną organizację, jeden za wszystkich a wszyscy za jednego, stając w obronie praw lekarskich a zdobędziemy to, co utracił stan lekarski, warunki bytu i należne stanowisko społeczne.

---

[1]) Cieszyński: „Rozmieszczenie lekarzy dentystów i stomatologów w Polsce. Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce?“ Polska Dentystyka 1928. Nr. 3. i 4.

DOPISKI

VIII. Dopiski.

Nr. 1. Dochody Lekarzy niemieckich przed wojną.

Dla porównania podaję przedwojenne dochody Lekarzy miasta Berlina w roku 1907. (Rabe; Ärztliche Wirtschaftskunde 1907).

Tablica 31. *a) Dochody najwyższe* Na 51 lekarzy miało:

W r. 1907 rocznie tys. Mk.	tj. miesięcznie	tj. w dolarach miesięcznie	tj. w zł. pol. mies. 1 dolar = 9 zł.	
1 lekarz 325—330 tys. Mk.	27.083—27.500 Mk.	6.017—6.109 dol.	54.153 — 54.981 zł.	
1 „ 255—260 „ „	21.205—21.666 „	4.722—4.813 „	42.498 — 43.317 „	
5 „ 160—180 „ „	13.333—15.000 „	2.955—3.333 „	26.595 — 29.997 „	
4 „ 100—120 „ „	8.333—10.000 „	1.851—2.222 „	16.659 — 19.998 „	
6 „ 90—100 „ „	7.500— 8.333 „	1.666—1.851 „	14.994 — 16.659 „	
3 „ 80— 90 „ „	6.500— 7.500 „	1.444—1.666 „	12.996 — 14.994 „	
3 „ 70— 80 „ „	5.833— 6.500 „	1.300—1.444 „	11.700 — 12.996 „	
13 „ 60— 70 „ „	5.000— 5.883 „	1.111—1.300 „	9.999 — 11.700 „	
15 „ 50— 60 „ „	4.166— 5.000 „	925—1.111 „	8.325 — 9.999 „	

b) Dochody mniejsze i średnie Na 3780 Lekarzy miało:

W r. 1907 Mk. n. rocz.	tj. miesięcznie	tj. w dolarach miesięcznie	tj. w zł. pol. mies. 1 dolar = 9 zł.	% Lekarzy tejże grupy
999 lekarzy 900—3000 Mk.	75 — 250 Mk	16,6 — 55 dol.	149,4 — 495 zł.	26,6 %
685 „ 3000—5000 „	250 — 416	55 — 92,4 „	495 — 832 „	17.9 „
2096 „ powyżej 5000 „	powyż. 416	powyż. 92,4 „	powyżej 832 „	55,5 „

c) Dochody najniższe Na 1076 Lekarzy miało:

W r. 1907 Mk. n. rocz.	tj. miesięcznie	tj. w dolarach miesięcznie	tj. w zł. pol. mies. 1 dolar = 9 zł.	% Lekarzy tejże grupy
72 lekarzy 900—1050 Mk.	75 — 87 Mk	16,6 — 19,4 dol.	149,4 — 175 zł.	6,7 %
356 „ 1500—2100 „	125 — 175 „	27,7 — 36,6 „	249 — 329 „	33,1 „
268 „ 2100—3000 „	175 — 250 „	36,6 — 55 „	329 — 495 „	25,0 „
234 „ 3000—4200 „	250 — 350 „	55 — 77 „	495 — 693 „	21,7 „
146 „ 4200—5000 „	350 — 416 „	77 — 92,4 „	693 — 832 „	13,5 „

Lekarzy, którzy nie płacili podatku względnie nie zostali opodatkowani — było 1322 lekarzy, którzy nie mieli 5.000 Mk dochodu rocznie. (940 zł miesięcznie, 1 dolar = 9 zł). W roku 1905 wypłacono tymże lekarzom zasiłków 40.355 Mk, a z kwoty tej lekarzom Berlina i przedmieść 20 tyś. Mk. *Rabe oblicza, że minimalny dochód lekarza żonatego powinien wynosić rocznie 4.300 Mk. niem. czyli miesięcznie 800 zł (1 dolar = 9 zł).* Z lekarzy w Saksonji nie uzyskało tego dochodu nawet 23% lekarzy mając lat 40 i powyżej, między prawnikami natomiast tylko 8%. 6% nie miało nawet 1600 Mk. niem. dochodu, między prawnikami nie było żadnego w tej grupie. Między młodymi lekarzami 19% nie miało 1600 Mk. niem. dochodu (między prawnikami tylko 4%) a w miastach wielkich nawet 30% w wieku od 35—40 lat.

Widzimy z zestawienia powyższego, że już przed 20 laty w Niemczech stan lekarski miał bardzo trudne warunki bytu — że już wówczas istniała hyperprodukcja lekarzy. Warunki obecne są znacznie gorsze.

Nr. 2. Dlaczego w innych krajach kulturalnych może być więcej lekarzy?

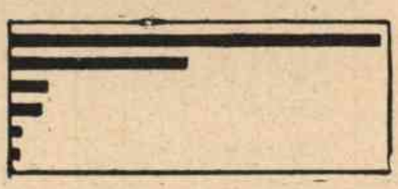
Wielka liczba lekarzy w stosunku do wielkiej liczby mieszkańców w różnych państwach tłumaczy się przedewszystkiem dobrobytem mieszkańców, gęstością zaludnienia, liczbą ludności w miastach i stopniem kulturalnym ludności.

Warunki te oświetlają tablice następne.

Tablica 32 a. Przegląd międzynarodowy.

Wpływy z danin państwowych we frankach złotych na 1 mieszkańca.

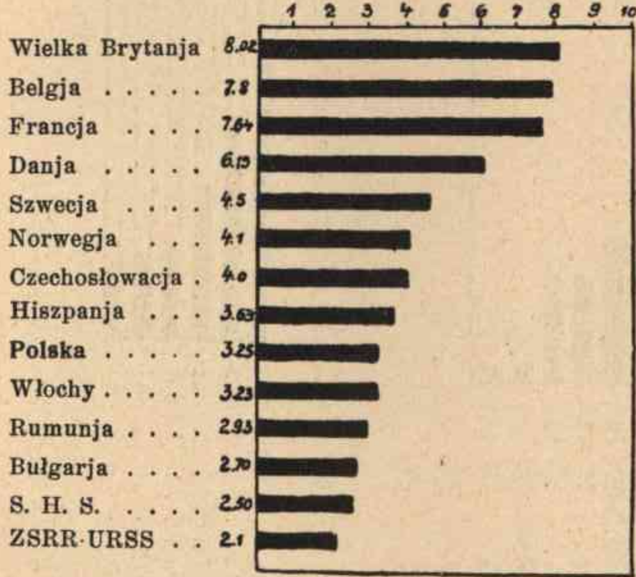
Państwo	rok	
Anglja	1921/22	378,7
Francja	1923	181,3
Włochy	1922/23	37,8
Japonja	1922/23	33,2
Rumunja	1922/23	12 4
Polska	1922	10,9



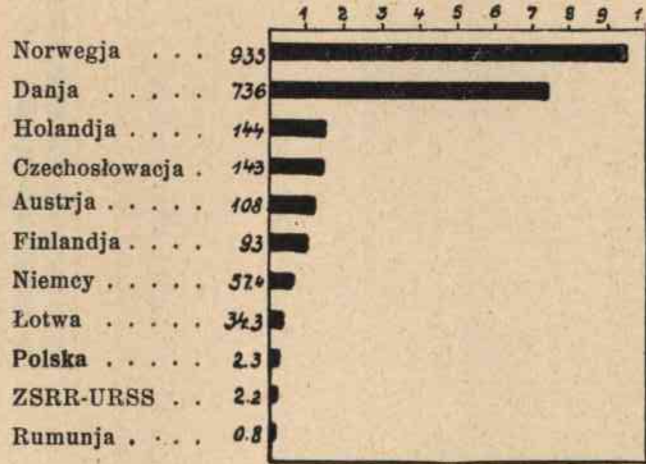
Dobrobyt narodu możemy osądzić z majątku narodowego danego kraju, obliczonego w miljardach złotych. **(Tablica 32).** W 14 państwach europejskich stoi Polska na miejscu dziewiątem, następnie w tablicy o oszczędnościach w złotych na głowę **(tablica 33)** na 11 państw zajmuie Polska miejsce 9; podczas gdy w Norwegji wynosiła oszczędność 935,1 zł., wynosiła w Polsce 2,3 zł; tylko Rosja i Rumunja wykazują niższe cyfry. Wykładnikiem dobrobytu są również opłacane podatki. Pogląd na wpływy z danin państwowych otrzymujemy z **tablicy 32 a.** Im więcej ludności zajmuje się rolnictwem, im mniej handlem i przemysłem, tem mniejszy majątek narodowy i mniejszy dobrobyt **(tablicca 32 b).** W Polsce zajmuje się rolnictwem 65% ludności, handlem i przemysłem 9,6%.

Na 9 państw podanych w **tablicy 34,** w której podana jest gęstość zaludnienia, zajmuje Polska miejsce 7.

Tablica 32[1]). Przegląd międzynarodowy — Majątek narodowy. (w miljonach złotych)



Tablica 33[1]). Przegląd międzynarodowy — Oszczędność w zł. na głowę.



---

[1]) Tablica 32 i 33. Grafikony wyrysowane według danych statystycznych, otrzymanych z: Wąsowicz, Zierhoffer. Polska w cyfrach 1927 (tabl. 119).

Tablica 32 b. Stosunek handlu do rolnictwa.[1]) Zawody ludności: (1901—1921).

Na 100 zawodów czynnych przypada na

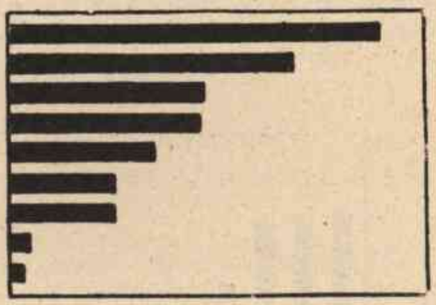
		rolnictwo	handel
Szwajcarja	(1920)	26,0	16,6
Austrja	(1910)	56,9	8,8
Niemcy	(1907(	35,5	12,4
Francja	(1911)	40,7	9,8
Polska	(1921)	65,6	9,6

licząc przeciętnie 70 mieszkańców na km² podczas gdy w Belgji przypada 27,3, w Anglji 18,0. w Niemczech 127 mieszkańców na *km²*.

[1]) Weinfeld. Tablice statystyczne 1927, Tabl. 42.

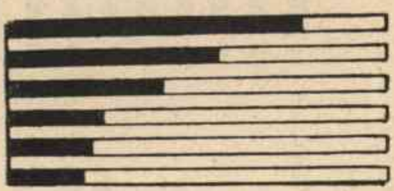
Tablica 34. Przegląd międzynarodowy. Gęstość zaludnienia na km². [1])

Belgja	245,2
Anglja	186,1
Niemcy	127,4
Włochy	126,8
Czechosłowacja	96,8
Francja	71,2
Polska	70,0
Stany Zjednocz.	13,5
Szwecja	13,0



Tablica 35. Ludność miejska [1]). Na 100 mieszkańców mieszka w miastach

Anglja	78,0
Niemcy	56,2
Francja	41,2
Polska	24,8
Włochy	22,1
Szwecja	20,1



[1]) Weinfeld. Atlas statystyczny. 1927.

Z sześciu państw podanych w **tablicy 35** przedstawiającej ludność mieszkającą w miastach w 6 krajach europejskich zajmuje Polska miejsce czwarte; w Polsce mieszka 24,8% ludności w miastach, w Anglji 78%, w Niemczech 56,2%, we Francji 41, 2%.

O poziomie kulturalnym mieszkańców świadczą mieszkania i liczba analfabetów. (Tablica 20). Im obszerniejsze mieszkania, tem potrzeby kulturalne większe, im mniejsze, tj. jedno i dwuizbowe mieszkania, tem mniejsze też potrzeby kulturalne; jak wykazuje tablica 21 przeważają w Polsce mieszkania dwuizbowe.

W Polsce mamy ogromnie wielką liczbę analfabetów jak wykazuje **tablica 20** i **tablica 20 a.** W byłem zaborze rosyjskim liczba ich wynosiła na 100 poborowych urodzonych w roku 1900 — 36%, w ziemiach wschodnich 48,5%, w byłym zaborze pruskim 0,1%, w byłym zaborze austrjackim 6,4%. W krajach zachodnio-europejskich jest liczba analfabetów tak znikomo niska, że nie jest zaznaczona w specjalnych statystykach. Wobec wytężonej pracy naszego Ministerstwa Oświaty nastąpi niewątpliwie poprawa w tym kierunku w czasie najbliższym.

Nr. 3.

Tablica 36. Wiek ludności w Województwach.[1])

Województwo	Na 100 mieszkańców		Na 10.000 mieszkańc. lekarzy w r. 1926/27
	było powyżej 40 r. życia	powyżej 60 lat	
Wołyńskie	21,9	6,2	1,4
Kieleckie	22,0	6,1	1,6
Łódzkie	23,6	6,6	2,9
Lubelskie	23,7	6,8	1,8
Poznańskie	23,7	6,8	*2,8*
Poleskie	23,7	7,3	1,8
Stanisławowskie	23,9	6,8	2,2
Warszawskie	24.1	7,7	1,7
Tarnopolskie	25,5	7,6	1.5
Pomorskie	25,6	*9,0*	1,8
Lwowskie	25,9	7,5	*4,3*
Nowogródzkie	26,0	*9,0*	1,3
m. Warszawa	26,2	7,0	*19,9*
Wileńskie	26,2	8,5	3,8
Krakowskie	26,5	8.5	*3,9*
Śląskie	26,6	7,7	2,3
Białostockie	27,0	*9,5*	2,2

UWAGA. Województwa północne wykazują wiek wyższy — klimat zimniejszy przedłuża wiek; warunki sanitarne wysoko rozwinięte mają wpływ analogiczny.

[1]) Weinfeld, tablice statystyczne Polski za lata 1925 i 1926. Tablica 9. uzupełniona przez dodanie stosunku lekarzy do liczby mieszkańców i odpowiednio przestawiona.

Nr. 4.

KASY CHORYCH w r. 1925.[1])

Według sprawozdania Ministerstwa istniało z końcem roku 1925 w Polsce (bez Górnego Śląska) 193 powiatowych, względnie miejskich Kas Chorych z 1,648.392 członkami.

Rozmieszczenie ich według województw podane jest w **tabl. 37.**

Najmniejsza Kasa Chorych (Sokółka) liczyła 752 członków, największa (Warszawa-miasto) 172.676 — z pośród wielkich kas należy wymienić:

Warszawa - miasto	172.676	członków
Łódź	147.480	„
Sosnowiec	84.477	„
Poznań - miasto	63.962	„
Kraków	54.161	„
Lwów	46.684	„
Bielsko (Śląsk Ciesz.)	27.101	„
Bydgoszcz	21.459	„
Wilno	20.259	„

Do 1000 członków liczyło	6	kas
od 1000—3000	44	„
od 3000—5000	24	„
od 5000—10.000	63	„
od 10.000—15.000	18	„
od 15.000—20.000	5	„
od 20.000—30.000	4	„
od 30.000—50.000	2	„
ponad 50.000	5	„

Z 22 kas, które dopiero w ciągu 1925 roku rozpoczęły działalność, niema szczegółowych cyfr dotyczących liczby członków.

Wszystkie Kasy Chorych wykazują w roku sprawozdawczym 143,788.270·94 złotych w dochodach, a 141,345·898·54 złotych w rozchodach. Nadwyżka bilansowa wynosi zatem blisko 2½ miljona złotych. Cyfry powyższe rozkłada się według grup województw następująco:

	dochód:	
Województwa centralne	71,537.352·05	zł.
„ wschodnie	4,307.686·28	„
„ zachodnie	37,224.845·71	„
„ południowe	27,422.679·51	„
Śląsk Cieszyński	3,293.707·39	„

Dochody powstają przedewszystkiem ze składek, których przypis z r. 1925 wynosił 131 miljonów złotych. Między rozchodami największą pozycję stanowią świadczenia na rzecz członków Kas Chorych i ich rodzin. Wydatki na ten cel wynosiły 107½ miljona zł., w tem:

zasiłki pieniężne	33⅓	milj.	zł.	
pomoc lekarska i lecz. szpitalne	53	„	„	
lekarstwa i środki opatrunkowe	21	„	„	
Koszty administr. przeszło	13	„	„	
w tem wydatki rzeczowe 2 milj.				
wydatki osobowe 11 milj.				
Fundusz rezerwowy	14	„	„	10%
Amortyzacja, wybory do kas chor., składki do Związków	7	„	„	

[1]) Dziennik Bydgoski z d. 18 VI 1927 nr. 129 — Puchałka: Kasy Chorych.

Wysokość składki na jednego ubezpieczonego wahała się od 20,42 zł. (Kasa powiatowa w Brzeżanach, woj. tarnopolskie) do 128,26 zł., (kasa w Drohobyczu, woj. lwowskie). Według województw składka przeciętna wynosiła rocznie:

Województwo warszawskie z Warszawą	132,77	złotych
„ Łódzkie	83,49	„
„ Kieleckie	84,27	„
„ Lubelskie	95,66	„
„ Białostockie	77,85	„
„ Wileńskie	106.23	„
„ Wołyńskie	71,57	„
„ Poznańskie	63,27	„
„ Pomorskie	54,72	„
„ Krakowskie	70,06	„
„ Lwowskie	75,54	„
„ Stanisławowskie	51,76	„
Tarnopolskie	35,58	„
Śląsk Cieszyński	90,54	„

W stosunku do całego obszaru Rzeczypospolitej z wyjątkiem G. Śląska wynosiła przeciętna składka na ubezpieczonego 78,68 zł rocznie, – zasiłki 25,1%, pomoc lekarska 25,1%. leczenie szpitalne 15,1%, lekarstwa 15,9% w stosunku do składki.

Według województw koszty administracji przedstawiają się następująco;

	% od składek	Kwota na jednego ubezpiecz.:
Województwo Warszawskie (z Warszawą)	12,1	16,10 zł
„ Łódzkie	9,7	8,13 „
„ Kieleckie	9,4	7,91 „
„ Lubelskie	12,9	12,39 „
„ Białostockie	12,6	9,79 „
„ Wileńskie	12,8	13,64 „
„ Wołyńskie	13,2	9,48 „
„ Poznańskie	7,1	4,50 „
„ Pomorskie	8,2	4,49 „
„ Krakowskie	9,2	6,42 „
„ Lwowskie	11,3	8,52 „
„ Stanisławowskie	10,8	5,61 „
„ Tarnopolskie	14,2	5,08 „
Śląsk Cieszyński	6,5	5,86 „

Bardzo charakterystyczne dla dzisiejszych stosunków gospodarczych są cyfry dotyczące zaległości, jakie należą się kasom chorych ze strony pracodawców. Zaległości te wynosiły z końcem 1925 r. ogółem 26 milj. 869 tys. 180·25 złotych, a zatem 20% należnych składek. Najwyższą kwotę zaległości, bo prawie 12 miljonów wykazuje b. dzielnica rosyjską, 6½ miljonów b. zabór pruski (bez G. Śląska), 8 mil. 310 tys., b. zabór austrjacki.

Aktywa wszystkich kas chorych wynosiły z końcem r. 1925 sumę 48 miljonów 354.811 złotych, pasywa czyli zobowiązania 15 miljonów 218.669 złotych. **Majątek zatem kas chor. wynosił 33 milj. 136,142 zł. w stosunku na jednego ubezpieczonego prawie 20 zł.**

Ubezpieczeni w Kasach Chorych.

Dokładnych cyfr, odnoszących się do ubezpieczonych w Kasach Chorych w r. 1927, niestety mimo usilnych starań nie mogłem osiągnąć z głównej centrali Kas Chorych w Warszawie, ponieważ odnośny materjał statystyczny dopiero w czasie najbliższym zostanie opracowany.

Mogę więc podać jedynie liczby odnoszące się do r. 1925. Cyfry te zawiera **tablica 37,** a poglądowo przedstawia **tablica 38.**

Tablica 37. Stosunek liczbowy upoważnionych do korzystania z Kas Chorych do ogółu ludności, a zarazem ubezpieczonych w Kasach Chorych do r. 1925.[1]

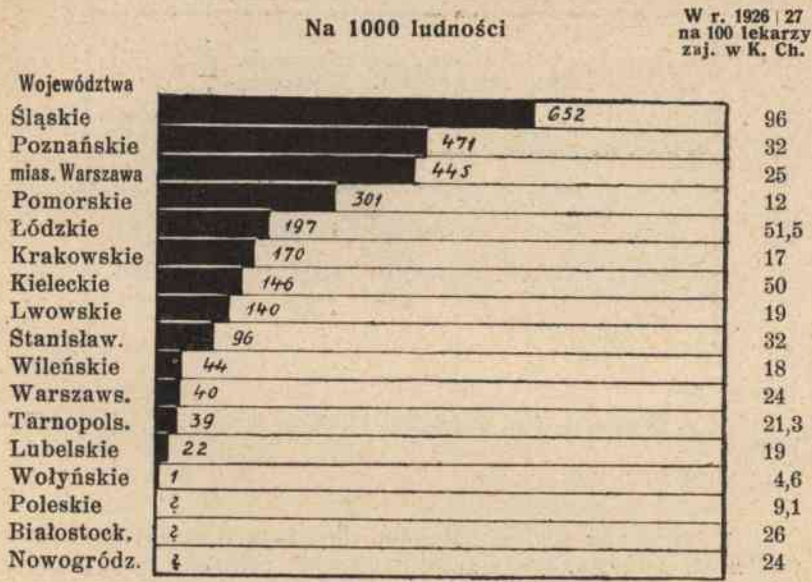
	Liczba mieszkańc. w r. 1925	Ludność upoważn. do korzystania z Kas Chorych	% ludności upoważn.	Liczba ubezpieczonych
Polska cała	27,192.674	4,175.084	14,96	
B. Dzielnica rosyjska	13,098.644	1,469.366	11,22	
m. Warszawa	936.046	420.494	44,22	172.672
Woj. Warszawskie	2,112.406	84.207	3,98	218.102
„ Łódzkie	2,250.534	442.441	19,65	214.977
„ Kieleckie	2,535.730	371.061	14,63	166.153
„ Lubelskie	2,081.907	48.437	2,22	16.576
„ Białostockie	1,303.437	40.242	3,08	22.636
„ Wołyńskie	1,431,906	8.749	0,99	11.875
„ Wileńskie	983.659	43,517	4,42	21.012
Woj. Warszawskie, Kieleckie, Łódzkie oraz m. Warszawa	7,834.716	1,318.253	16,82	
B. Dzielnica pruska	2,913.582	1,212.340	41,61	
Woj. Poznańskie	1,974.058	929.969	47,10	396.962
„ Pomorskie	939.465	282.671	30,08	151.811
B. Dzielnica austrjacka	7,630,717	971,380	12,73	
Woj. Krakowskie	1,990.329	339.260	17,04	148.335
„ Lwowskie	2,717.986	354.147	13,03	143.851
„ Stanisławowskie	1,348.580	128.834	9,55	57.857
„ Tarnopolskie	1,428.520	55.191	3,86	43.929
Śląsk Cieszyński	145.232	93.948	64 68	35.314
Górny Śląsk	980.296	638.828	65 16	

Stosunek ubezpieczonych w Kasach Chorych do ludności miejskiej (w r. 1925)[1]

	ludność miejska		
Woj. Kieleckie	546.937	371.061	67,84
„ Łódzkie	820.036	442.441	53 95
„ Warszawskie	430.159	84.207	19,58
„ Lubelskie	348.768	46.437	13,31
„ Białostockie	307.003	40.242	13 10
„ Wołyńskie	175.313	8.749	4,99

[1]) Przewodnik po I wystawie Kas Chorych w Polsce 1925 str. 33 i 34.

Tablica 38. W Kasach chorych (w r. 1925.)



Nr, 5.

Tablica 39. Liczba członków Kasy Chorych m. Warszawy zarabiających powyżej 500 złotych miesięcznie.[1])

	Członków Kasy Chor.	Członków rodzin	Razem
Zarabiało miesięcznie powyżej 500 zł.	1510	2973	4.483
Należy doliczyć przynajmniej 10% o zarobku niewiadomym [2])	5386	5703	11.089
	6896	8676	15.572

czyli członków Kasy Chorych, względnie **5,3%** ogółu ubezpieczonych.

W miastach mniejszych odsetek ten będzie znacznie mniejszym a na prowincji spadnie do minimum.

[1]) Ze sprawozdania rocznego Kasy Chorych m. Warszawy.

[2]) Liczba ta dotyczy przeważnie pracowników zajętych w wielkim przemyśle, gdyż wielki przemysł przeważnie nie podawał Kasie wysokości zarobków indywidualnych tylko obliczał się z Kasą w sposób uproszczony. Także wśród urzędników jest blisko połowa z zarobkiem niewiadomym.

Tablica 38 a. Kasy Chorych [1])

Rok	Kas	Uprawn. do korzyst. z Kas Ch.	Obowiązk. ubezpieczonych	Członków rodzin obowiązkowo ubezpiecz.
1923	143	3,139.170	1,415.798	1,721.101
1924	152	3 720.682	1,002.345	2 116,405
1925	173	3,756.439	1,653.316	2,101.539
1926	203		1,612.425	

[1]) J. Wąsowicz i A. Zierhoffer: Polska w cyfrach. Lwów 1927 Tablica 89.

Z jakich sfer się owi najwyżej zarobkujący rekrutują, podaje tablica 40, przedstawiająca zawód i zarobek członków Kasy Chorych m. Warszawy, wynoszący 500 zł. i powyżej miesięcznie.

Tablica 40.

Zawód	500 zł. i powyżej	10% o zarobku niewiadomym
Metalowcy	34	15.173
Włókniarze	1	1.272
Robotnicy drzewni	4	1.309
Robotnicy, zatrudnieni przy wyrobie artykułów spożywczych	5	2.949
Robotnicy odzieżowi	5	1.499
" graficzni	241	1.394
" budowlani	4	2.481
Rob. przem. inn. zawod.	5	2.585
Rob. niewykwalifikowani	1	4.153
Handlowcy	82	1.088
Transportowcy	27	1.565
Urzędnicy	729	10.718
Personel techniczny	125	1.717
Zawody wolne	226	2.002
Usługi osobiste oprócz służby domowej	19	3.779
Zawód niewiadomy	2	134
Ogółem	1.510	53.861

Nr. 6. Statystyka Lekarzy Kas Chorych

	1923 Liczba Lekarzy wogóle	1925 Liczba Lekarzy Kas Chor.	%	1927 Liczba Lekarzy wogóle	1927 Liczba Lekarzy Kas Chor.	%
M. Warszawa . .	1664	390		1975	512	25,9
Woj. Lwowskie .	899	210	21,02	1223	230	19
„ Krakowskie	694	159	22,91	868	96	17
„ Łódzkie . .	572	341	59,61	619	320 2)	51,5
„ Poznańskie	—	—	—	662 1)	190 2)	31,9
„ Kieleckie . .	343	209	60,93	439	220 2)	50
„ Lubelskie .	—	—	—	348	75	21,6
„ Wileńskie .	—	—	—	412	76	18
„ Warsz. bez m. Warszawy	291	102	34,93	381	100	24
„ Śląskie . .	—	—	—	361	346	96
„ Białystockie	—	—	—	297	70	26
„ Stanisław. .	239	91	38,07	266	86	32
„ Tarnopolsk.	180	76	42,22	270	56	21
„ Wołyńskie .	—	—	—	228	11	4,6
„ Pomorskie .	—	—	—	218	25	12
„ Poleskie . .	—	—	—	164	15	9,1
„ Nowogródz.	—	—	—	127	30	24

1) szacunkowo. 2) w Poznaniu 121.

Nr. 7. Tablica 41. Budżet Kas Chorych.

	1926 Lwów	Sosnowiec 1927	1926 Warszawa	1926/27 Wilno	1927 Kraków	1927 Bydgoszcz	1927 Poznań
	%	%	%	%	%	%	%
Wynagr. Lek. i Lek.-dent.	12,3	12,40	15.5	16,9	18.1	18,2	18,6
Zasiłki dla członków .	30.2	24,5	17,6	18,8	27,0	28,0	26,15
Administracja	3,3	7,0	11,2	13,1	8,5	6,4	7,8
Fundusz rezerw. . . .	10,0	13,7	10,1	9,2	10,0	10,0	5,59
Nadwyżka bilans. . .			9,5				

Nr. 8. Stanowisko lekarzy w japońskiej kasie chorych [1]).

W lipcu roku 1926 zaprowadzono w Japonji ustawę o ubezpieczeniu kasowem, które w przeciwieństwie do naszego systemu ubezpieczenia obejmuje członków stałych i kontraktowych z poborami rocznemi tylko do cr. 2.000 marek niemieckich. (= 4260 zł, czyli mies. 355 zł). Poza ubezpieczeniem przymusowem są jeszcze kasy chorych przemysłowe. Członek ubezpieczenia przymusowego pobiera w razie niemożności zarobkowania 60% dziennego zarobku jako zasiłek i ma prawo do wolnego wyboru lekarza, (lekarza, lekarza-dentysty).

Lekarze muszą należeć do związków lekarzy, w przeciwnym razie tracą prawo wykonywania praktyki. Wobec tego mogą związki ostremi przepisami regulować stosunek lekarzy do kas chorych. Związki lekarskie biorą udział czynny w opracowaniu ustaw o ubezpieczeniu w kasach chorych i mają powierzony nadzór lekarski. Zabiegi honorowane są ryczałtowo, a każdorazowe stawki za poszczególne punkty ustala związek lekarzy. W związku z tak pomyślnemi warunkami pracy, biorą prawie wszyscy lekarze japońscy udział w leczeniu członków przymusowo ubezpieczonych.

[1]) Schnidler, Zahnärztl. Mittg. 1927 p. 463.

Nr. 9. Rozrost większych miast

wskazuje na to, czy stworzą się w danych miastach lepsze widoki dla praktyki prywatnej lekrzy i czy zapotrzebowanie lekarzy tamże wzrośnie.

Tablica 42. Rozwój miast. (Ludność w tyś.) [1])

	1900	1910	1921	1925
Warszawa	730	790	936	922
Łódź	325	410	452	527
Lwów	160	207	219	233
Poznań	117	157	170	210
Kraków	91	154	182	187
Wilno	165	200	129	135
Katowice	33	43	45	113
Lublin	57	67	94	103
Bydgoszcz	52	58	88	101
Sosnowiec . . .	57	89	86	100
Częstochowa . .	48	73	82	100

[1]) Wąsowicz i Zierhoffer. Polska w cyfrach 1927. Tabl. 30.

Tablica 43. Rozbudowa miast. Budowle prywatne 1923—1924[1])

Miasta	1923 Rozpoczęte budowle	1923 Zakończone budowle	1923 W tem mieszkalne	1924 Rozpoczęte budowle	1924 Zakończone budowle	1924 W tem mieszkalne
Łódź	261	207	*55*	316	284	*103*
Warszawa	383	177	*32*	286	195	*93*
Białystok	123	90	*53*	223	203	*102*
Wilno	—	—	—	112	83	*31*
Kraków	81	35	*23*	54	37	*27*
Lwów	91	45	*14*	71	74	*41*
Lublin	36	29	*11*	77	51	*18*
Poznań	91	59	*4*	31	65	*15*
Król. Huta	—	—	—	12	20	*10*
Częstochowa	40	23	*12*	56	23	*6*
Bydgoszcz	86	86	*2*	106	86	*3*
Sosnowiec	81	—	—	38	14	—

[1]) Weinfeld. Tablice statyst. Pol. za 1925/26 — Warszawa 1927. Tablica 40.

Tablica 44.

Roczny przyrost naturalny ludności wielkich miast w %.[1])

Rok	Warszawa	Łódź	Lublin	Poznań	Bydgoszcz	Katowice	Kraków	Lwów
1922	0,79	1,46	0,64	1 56	1,65	1,09	0,91	0,74
1923	0,98	1,28	0,72	1,43	1,73	1,53	0,83	0,53
1924	0,64	1,09	0,30	1,31	1,69	2,04	0,48	0,58
1925	0,84	1,49	0,81	1,49	1,79	1,60	1,02	0,88

[1]) Wąsowicz, Zierhoffer; Polska w cyfr. Lwów, 1927. Tabl. 15.

Nr. 10.

Beznadziejna wprost sytuacja studentów rosyjskich.[1])

O nędzy, jaką cierpi świat studencki w Sowietach, świadczą następujące cyfry, podane przez prof. Zalkinda: Oto 67% studentów uniwersytetu w Moskwie żyje tylko z 20 rubli miesięcznie; 26% studentów nie posiada żadnych zapewnień dochodów i utrzymuje się wyłącznie z żebraniny. 23% studentów znajduje się w tak skrajnej nędzy, iż mogą oni spożywać jakąś najskromniejszą strawę tylko trzy razy w tygodniu. 16% studentów rosyjskich posiada na mieszkanie zaledwie przestrzeń 2 metrów kwadratowych, 24% nie posiada nawet łóżka do swojej dyspozycji.

W jednym z domów studenckich skonstatowano, żo 53% młodzieży jest poważnie chorej. W innem znów schronisku studenckiem, które nieszczęśliwi mieszkańcy nazywają »piekłem«, 85% młodzieży dotkniętej jest poważnemi chorobami.

[1]) Kurjer Krakowski. 1928. Nr. 54.

Nr. 11. Wyznanie Studentów w Polsce

w latach 1910|11 i 1922|23 na Wydziałach Lekarskich.[1])

Tablica 45.

	rz.-k.	mojż	gr.-k. i praw.	ewang.
1910|11	653	314	211	32
1922|23	2970	1700	160	122





rz.-kat. mojż. gr.-k. i ew.

[1]) Weinfeld. Atlas statystyczny.

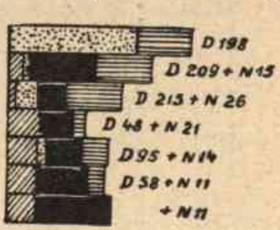
Nr. 12. Lekarze dentyści i stomatologowie — konkurencja ze strony techników dentystycznych.

Tablica 46.

Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie.

Liczba studentów; dyplomów wydanych = D, *nostryfikowanych* = N.
Ukośnie kreskowane = liczba przyjętych na studja.
Kropkowane = Przyjęci z prywatnych szkół dentyst.
Ciemne pola = Studenci, którzy pozostali z lat poprzednich.

1920|21	633
1921|22	500
1922|23	396
1923|24	270
1924|25	350
1925|26	340
1926|27	358



Państwowy Instytut dentystyczny — Warszawa.

Rok	Ogółem liczba studentów	przyjęto zwykł. stud.	przyjęto ogółem	dyplomy	nostryfikacje
1920/21	633	.		198	.
1921/22	500	51	70	209	15
1922/23	306	20	105	215	26
1923/24	270	110	110	48	21
1924/25	350	102	128	95	14
1925/26	340	100	100	58	11
1926/27	358	100	100	(?) 60	11
				883	98
				981	

Statystyka lekarzy dentystów i stomatologów podana jest na tablicy 17, 19 i mapie (tabl. 18).

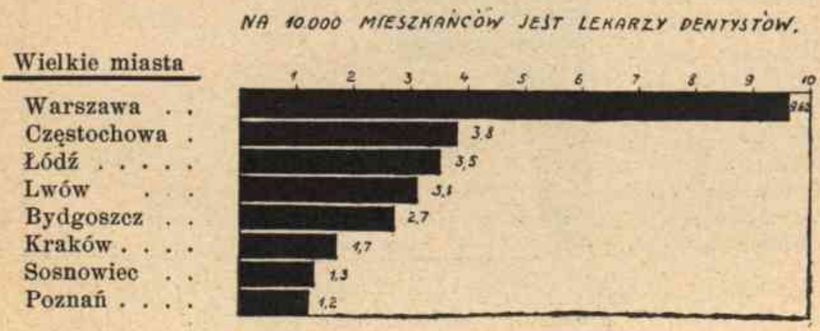
Tabl. 47. Stosunek Lekarzy dentystów i Stomatologów-Odontologów do liczby mieszkańców.

		mieszkańców	Lekarzy natomiast 1 na
Odontologów[1]) **w Polsce** przeciętnie	1 na . .	10.400	3.320
w tem w Królestwie Polskiem	1 „ . .	6.720	2.892
w Ziemiach Wschodnich	1 „ . .	8 461	4.600
w byłej dzielnicy pruskiej	1 „ . .	30.000	3.643
w Małopolsce	1 „ . .	31.400	3.120
na Śląsku	1 „ . .	37.878	4.280

Przypada więc **na 100 lekarzy odontologów**

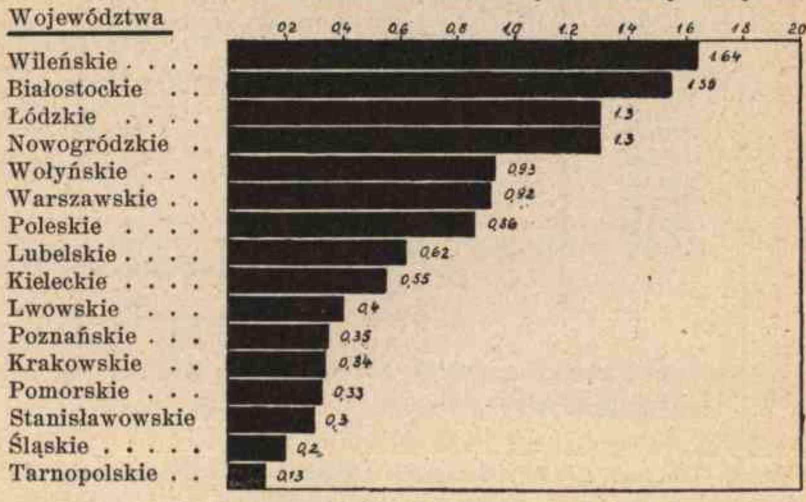
w Polsce (przeciętnie) 32.0
w Król. Polskiem 43.3
w Ziemiach Wschodnich 55.4
w byłej dzielnicy pruskiej 12.0
w Małopolsce 10.0
na Śląsku . . . . 12.0 **(zob. Tabl. 6 i 7)**

Tablica 48.



Tablica 49.

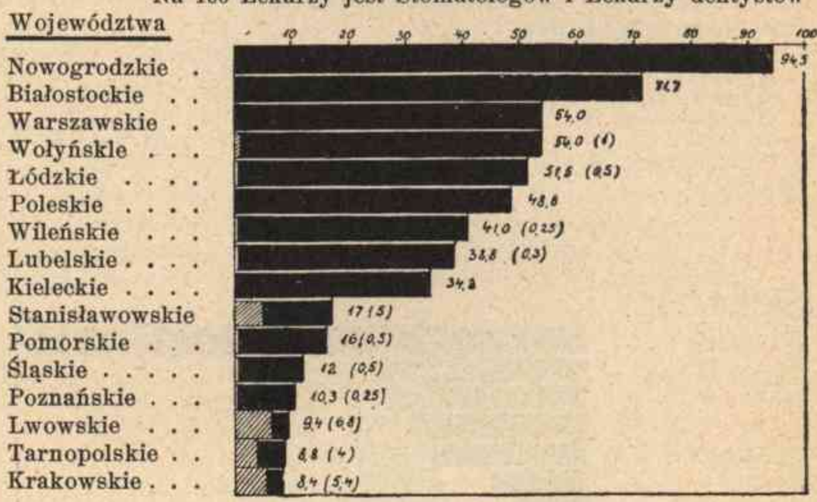
Na 10.000 mieszkańców jest Lekarzy dentystów



Tabl. 48. i 49. oświetla poglądowo stosunek liczbowy lekarzy-dentystów i stomatologów do lekarzy; w województwach powinna skala liczbowa przebiegać raczej w kierunku odwrotnym; miasta zaś Lwów, Poznań i Kraków powinny wykazywać stosunek analogiczny do Warszawy i m. Łodzi.

Tablica 50.

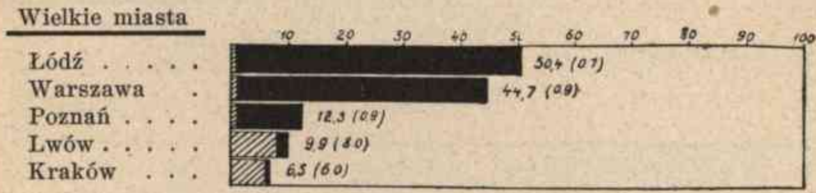
Na 100 Lekarzy jest Stomatologów i Lekarzy dentystów



Uwaga: kreskowane ukośnie: stomatologowie; ich stosunek procentowy podany jest w klamrach.

Tablica 51.

Na 100 Lekarzy jest Lekarzy dentystów i Stomatol.



Tablica 52. Stosunek techników dentystycznych do lekarzy-dentystów i stomatologów (w maju 1928).

Techników dentyst. koncesjonowanych		Nie załatw. podań o koncesje	Stomatologów	Lekarzy dentystów	Stomatolog. i Lek.-dent. razem	Na 100 stomatologów + lek.-dent. techników dentyst.
Małopolska	568		160	97	257	**220**
Wojew. Lwowskie	**186**	40	82	34	**116**	153,6
„ Stanisławowskie	**71**[1])	**17**	13	32	**45**	144
„ Tarnopolskie	**36**	?	15	6	**21**	170
„ Krakowskie	275[2])	? [3])	50	25	**75**	366
b. dzieln. pruska	**439**	?	7	*ca* 140	**147**	**292,4**
Woj. Poznańskie *ca*	**210**	?	2	„ 68	**70**	300
„ Pomorskie	**119**	?	1	„ 35	**86**	277
Śląsk	**110**	?	4	37	**41**	268
Razem	**1007**		167	237	**404**	**249**

[1]) w tem 6 posiada koncesję w myśl przepisów austrjackich, 65 otrzymało dotychczas koncesję w myśl nowej ustawy z dn. 10. VI. 1927, z tych 20 jest t. zw. uprawnionych techników dentystycznych z praktyką powyżej 15 lat.

[2]) podało się 88, niezałatwionych podań przez Ministerstwo 17.

[3]) cyfr oznaczonych znakami zapytania nie mogłem niestety otrzymać ani z Urzędów Zdrowia Wojewódzkich pomimo usilnych swych starań, ani z Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Cyfry te jednak są dobrze znane Władzom Centralnym.

Tablica 53. Samodzielni technicy dentyst. a stomatologowie i lekarze dentyści w wielkich miastach.

Techników dent. było w r. 1913 koncesjon.	W r. 1927/28	W r. 1927		
		Stomatolog.	Lek.-dent.	Razem
we Lwowie 32	121	57	18	75
w Krakowie 18	72 [1])	31	4	35
w Katowicach .	24 [1])	4	11	15
w Bydgoszczy .	39 [1])	—	29	29

[1]) przed wejściem w życie ustawy pol., obecnie prawdopodobnie będzie 2 razy więcej.